

**LA SALUD
REPRODUCTIVA** **ES
VITAL**

MONITOREO

**DE LA SALUD
REPRODUCTIVA
DURANTE LA
PANDEMIA POR COVID-19
EN LATINOAMÉRICA**

INFORME BOLIVIA



LA SALUD REPRODUCTIVA ES VITAL:
*MONITOREO DE LA SALUD REPRODUCTIVA
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19
EN LATINOAMERICA*

INFORME BOLIVIA

El documento “LA SALUD REPRODUCTIVA ES VITAL: MONITOREO DE LA SALUD REPRODUCTIVA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LATINOAMERICA”, es parte del Monitoreo Regional que lleva adelante CLACAI, en 8 países de la Región latinoamericana y caribeña.

Institución de coordinación:

Católicas por el Derecho a Decidir/Bolivia

Coordinación general:

Tania Nava Burgoa

Directora Ejecutiva CDD Bolivia

Consultora a cargo del monitoreo nacional:

Giovanna Mendoza

Este informe ha sido fruto de un trabajo articulado entre las siguientes instituciones:

ADESPROC Libertad

Alianza por la Solidaridad

Católicas por el Derecho a Decidir/Bolivia

Casa de la Mujer

CIES

Colectivo Rebeldía

Comunidad de Derechos Humanos

Consortio Boliviano de Juventudes

IPAS Bolivia

Marie Stopes Bolivia

Mesa Nacional de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal

Psinerгия

Este documento ha sido realizado en el marco de las acciones de CLACAI.

Noviembre de 2020



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
1. HALLAZGOS	15
2. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	29
i. ESTADO DE SITUACIÓN	29
ii. ANÁLISIS GENERAL	30
2.1 DERECHO A QUE SE GARANTICE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y DE SALUD REPRODUCTIVA	30
2.2 DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y DE SALUD REPRODUCTIVA.	32
2.3 DERECHO A DECIDIR DE FORMA LIBRE, AUTÓNOMA E INFORMADA SOBRE SUS CUERPO Y SU SEXUALIDAD	35
2.4 DERECHO A SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS PARA GARANTIZAR LA MATERNIDAD SEGURA	37
2.5 DERECHO A VIVIR LIBRES DE VIOLENCIA	41
2.6 DERECHO A LA VIDA Y LA SALUD	45
iii. IDENTIFICACIÓN DE PRINCIPALES PROBLEMAS	46
iv. IDENTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS	51
3. CONCLUSIONES	53

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AP	Atención prenatal
AC	Anticoncepción
Bs	Bolivianos (moneda oficial del Estado boliviano)
CADH	Convención Americana de Derechos Humanos
CDVIR	Centro Departamental de Vigilancia, Información y Referencia
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CIPSEVM	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer
COVID-19	Coronavirus
DSDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
DNA	Defensorías de la Niñez y la Adolescencia
EPU	Examen Periódico Universal
EPP	Equipos de protección personal
ETA	Entidades territoriales autónomas
ILES	Interrupciones legales del embarazo
ITS	Infecciones de transmisión sexual
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
PCR	Reacción en Cadena de Polimerasa
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SLIM	Servicio Legal Integral Municipal
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SSSR	Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva
SUS	Seguro Universal de Salud
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UTI	Unidad de Terapia Intensiva
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana



INTRODUCCIÓN

El Estado Plurinacional de Bolivia declara Situación de Emergencia Nacional por la presencia del brote de Coronavirus (Covid-19) en el territorio nacional mediante Decreto Supremo 4179¹ el 12 de marzo de 2020.

Esta determinación luego es seguida de una serie de medidas de prevención y contención, entre ellas, las más significativas son la Declaratoria de Cuarentena Total en todo el territorio a través del Decreto Supremo 4196 de 17 de marzo de 2020,² disposición que luego es complementada por el Decreto Supremo 4199 de 21 de marzo del mismo año,³ con la consecuente suspensión de actividades y restricciones de transitabilidad. Los servicios de salud públicos y privados fueron exceptuados de forma expresa de estas limitaciones.

De acuerdo a la Constitución Política del Estado (art. 269), Bolivia se organiza en entidades territoriales autónomas⁴ (departamentos, provincias, municipios y territorios indígenas originario campesino). En este marco se reconocen competencias privativas, exclusivas, concurrentes y compartidas.⁵ En materia de políticas del sistema de salud, éstas son competencias exclusivas del nivel central (art. 17, CPE), y son competencias concurrentes entre el nivel central y las entidades territoriales autónomas (ETA's) la gestión del sistema de salud (art. 299, par. II, núm. 2).

En el contexto de la Pandemia, y de acuerdo a las previsiones establecidas en el texto constitucional (art. 298 par. II, núm. 17), el nivel central del Estado asumió la competencia de elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionadas con la salud, constituyéndose en el Órgano Rector del sistema de salud. Asimismo, en el marco de la emergencia sanitaria nacional y cuarentena total, se dispuso que las Entidades Territoriales Autónomas (ETA's), en el marco de sus competencias ejerzan la rectoría en salud en sus jurisdicciones conforme a los lineamientos y políticas emitidas por el nivel central del Estado. En su defecto, los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) de manera excepcional y temporal pasaron a dependencia técnica, administrativa y de gestión al Ministerio de Salud.⁶ Asimismo, se dispuso que los subsistemas de seguro social a corto plazo y privado implementen medidas necesarias y oportunas para la prevención, contención, atención y tratamiento de la infección por el Coronavirus (COVID-19).⁷

De manera complementaria se emitieron una serie de disposiciones administrativas para modificaciones presupuestarias, contratación de personal, eliminación de aranceles de importación de insumos, medicamentos, dispositivos médicos y equipamiento, para la atención del COVID-19, ninguna de ellas vinculadas a garantizar los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

En cuanto al sistema de salud en Bolivia, y sólo a fines de su contextualización, el mismo está conformado por tres niveles, el Primer Nivel lo constituye el centro de salud del barrio o zona, en el cual se brinda atención básica, en materia de salud sexual y salud reproductiva, como asesoramiento y provisión en materia de anticoncepción y controles prenatales.

En este centro se resuelve el 80% de todas las enfermedades. El Segundo Nivel es el hospital que brinda atención en cuatro especialidades: ginecología, pediatría, medicina interna y cirugía, además se ocupa de fisioterapia y rehabilitación. El Tercer Nivel es un hospital de alta resolución que cuenta con todas las especialidades médicas y prioriza la atención de enfermedades complejas como el cáncer, también posee servicios en psicología, tomografía, banco de leche, entre otros.⁸

En materia de salud sexual y salud reproductiva, y mucho antes de la pandemia, se evidenciaban serias falencias de acceso y calidad del servicio, el cual se caracterizaba por la falta de recursos humanos especializados, infraestructura, presupuesto, entre otros.

Si bien existe un marco normativo que reconoce los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, su vigencia material siempre estuvo en cuestionamiento. Muestra de ello son los datos de embarazos adolescentes, interrupciones legales de embarazos, violencia sexual contra niñas, adolescentes y mujeres.

Este estado de situación se vio aún más agravado durante la pandemia, las políticas públicas y los servicios en salud sexual y salud reproductiva fueron subestimados y dejados de lado, especialmente, durante la primera etapa de la crisis sanitaria, muestra de ello, es que el Estado boliviano no emitió ninguna disposición legal que declare a estos como “servicios esenciales” ni mucho menos se efectuó una planificación que considere la priorización de estos servicios.

El cumplimiento progresivo de los derechos humanos consta de dos obligaciones, una primera, es avanzar y ampliar cada vez más el ámbito de realización del derecho (principio de progresividad); y la segunda es no disminuir el nivel de satisfacción alcanzado con anterioridad (principio de no regresividad), no obstante, en Bolivia a consecuencia de la forma en la cual se encaró y se relativizó los servicios en salud sexual y salud reproductiva, se advierte un retroceso en derechos sexuales y derechos reproductivos creando nuevas barreras, especialmente, los vinculados a anticoncepción, ITS e interrupciones legales del embarazo. El único servicio que fue relativamente priorizado fue la atención prenatal, pero aun así se advirtieron serias falencias que acentuaron la violencia obstétrica. Todos estos factores generarán severas consecuencias no sólo sanitarias, sino sociales, económicas y culturales que profundizarán las brechas existentes.

La recopilación de la presente información se efectuó en el contexto de una crisis política, social e institucional que atraviesa el país, como resultado de un proceso electoral presidencial en octubre del 2019, que desembocó en la renuncia del presidente del Estado boliviano y la conformación de un gobierno de transición con el mandato único de llamar a elecciones, las cuales se fueron postergando por la emergencia sanitaria. Durante este periodo de tiempo, los niveles de conflictividad se profundizaron generando mayor polarización que como veremos más adelante influyeron en el acceso a los servicios de salud.

A nivel institucional, desde noviembre de 2019 hasta junio de 2020, el Ministerio de Salud cambió en tres oportunidades a su máxima autoridad ejecutiva, uno de estos cambios respondió a denuncias por hechos de corrupción, situación que generó una constante rotación de personal no solo a nivel central sino también departamental.

Adicionalmente, como resultado de las medidas restrictivas por la pandemia, la mayoría de los departamentos del país atravesaron por diferentes modalidades de cuarentena (rígida/flexible) e incluso por determinaciones de encapsulamientos, lo cual implicó la no atención de oficinas públicas, por tanto, todos los requerimientos de información fueron efectuados de forma virtual o telefónica, a eso se suma que cada institución tuvo horarios de atención diferentes, las instituciones públicas se encontraban con personal reducido debido a contagios y/o muertes por COVID-19, cambio de responsables y/ servidoras/es públicos, lo cual generó retrasos en la obtención de datos oficiales.

Para la elaboración del presente informe, se efectuaron treinta y un solicitudes de información oficial al Sistema de Salud Público a través del Ministerio de Salud, así como a cada uno de los SEDES de los nueve departamentos que tiene Bolivia, sobre indicadores, presupuestos, obstáculos y buenas prácticas, según el siguiente detalle:

- Requerimiento de información respecto al presupuesto programado y ejecutado gestión 2019 – 2020. (Una al ministerio de salud y 9 a cada uno de los Servicios Departamentales de Salud)
- Requerimiento de información respecto a indicadores cuantitativos. (Una al Sistema Nacional de Información de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y 9 a cada uno de los servicios Departamentales de Salud)
- Requerimiento de información sobre ITS/VIH al Programa Nacional de ITS/VIH dependiente del Ministerio de salud.
- Requerimiento de información cualitativa respecto a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. (Una al Ministerio de Salud y 9 a cada uno de los servicios departamentales de salud).

También se solicitó información a otras instancias públicas como la Fiscalía General del Estado sobre los niveles de violencia sexual registrados durante la pandemia.

Sin embargo, se cuenta únicamente con datos parciales reportados por los departamentos de Tarija, Potosí, Beni, Chuquisaca, Oruro y La Paz. No obstante, se pudo acceder a la base de datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) del Ministerio de Salud a fin de reportar datos estadísticos oficiales.



En paralelo se realizó una recolección de datos vía páginas web (Facebook, Twitter) institucionales y noticias de prensa. También se efectuó un total de veinticinco entrevistas a servidoras/res públicos del sistema de salud, personeros de instituciones privadas, organizaciones de la sociedad civil (OSC) y activistas en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, según el siguiente detalle:

INSTITUCIÓN	DESCRIPCIÓN	PERSONA A LA QUE SE REALIZO LA ENTREVISTA
CIES – Salud Sexual y Salud Reproductiva	Organización privada experta en salud sexual y salud reproductiva, sin fines de lucro que tiene un papel sustantivo en la promoción y ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos en el país, como el acceso a servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva, favoreciendo la inclusión social y el ejercicio de los derechos humanos de la población. Tiene un ámbito de intervención en 7 de nueve departamentos (La Paz, Tarija, Santa Cruz, Oruro, Potosí, Cochabamba, Chuquisaca)	Director Nacional
Marie Stopes International Bolivia	Organización no gubernamental sin fines de lucro especialistas en Salud Sexual y Reproductiva. Brinda servicios abarcando todo el país, a través de: Clínicas, Unidades móviles, Consultorios para jóvenes y Capacitación al sector público.	Directora Ejecutiva Nacional
UNFPA	Agencia de las Naciones Unidas responsable de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos	<ul style="list-style-type: none"> • Medico Ginecólogo Salubrista Oficial Nacional de Salud Sexual Reproductiva. • Oficial de proyectos UNFPA Potosí, equipo de trabajo en campo.
IPAS	Organización no gubernamental sin fines de lucro, que tiene la misión de fortalecer la capacidad de las mujeres de ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos y disminuir la tasa de muertes maternas causadas por abortos realizados en condiciones de riesgo.	Directora Ejecutiva
Casa de la Mujer Santa Cruz	Asociación feminista sin fines de lucro constituida por quienes adoptan el enfoque de los derechos humanos y las teorías feministas para ejecutar su trabajo de militancia y compromiso con los derechos de las mujeres.	Directora Ejecutiva (en transición)
Colectivo Rebeldía Santa Cruz	Colectivo que desde las rebeldías críticas y propositivas recrean feminismos a través de las libertades sexuales, los conocimientos, diálogos y saberes junto a mujeres y organizaciones empoderadas transformando la sociedad, la economía y la política para vivir bien.	Coordinadora del Colectivo

Observatorio de mortalidad materna y neonatal	Plataforma multidisciplinaria dedicada a la observación de los procesos vinculados a la salud y mortalidad materna y neonatal a través de la evidencia.	Directora Ejecutiva
Red Nacional de personas que viven con VIH/SIDA	Organización de la sociedad civil que representa a las personas que viven con VIH/Sida en el país.	Presidenta de la Red
Programa nacional ITS/VIH/SIDA	Institución a nivel nacional dependiente del Ministerio de Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable nacional a.i. del programa • Responsable Departamental Oruro • Responsable Departamental de Santa Cruz
Caja de salud de la banca privada	Seguro privado de salud	Ginecólogo
Caja nacional de salud Caja del seguro universitario	Seguro privado de salud	Ginecólogo
Servicio Departamental de Salud - Oruro	Institución pública desconcentrada, que tiene un rol regulador y rector, que tiene la función de hacer cumplir la normativa nacional en el nivel departamental.	Responsable del Área De Salud Sexual y Salud Reproductiva
Servicio Departamental de Salud - Potosí	Institución pública desconcentrada, que tiene un rol regulador y rector, que tiene la función de hacer cumplir la normativa nacional en el nivel departamental.	Encargado del Área Atención Integral a la Mujer, Salud Sexual y Reproductiva
Servicio Departamental de Salud - Cochabamba	Institución pública desconcentrada, que tiene un rol regulador y rector, que tiene la función de hacer cumplir la normativa nacional en el nivel departamental.	Responsable de Salud Sexual y Salud Reproductiva
Servicio Departamental de Salud - Tarija	Institución pública desconcentrada, que tiene un rol regulador y rector, que tiene la función de hacer cumplir la normativa nacional en el nivel departamental.	Responsable de Salud Sexual y Salud Reproductiva
Servicio Departamental de Salud - La Paz	Institución pública desconcentrada, que tiene un rol regulador y rector, que tiene la función de hacer cumplir la normativa nacional en el nivel departamental.	Responsable del Programa el Continuo de la Vida
Servicio Departamental de Salud - Chuquisaca	Institución pública desconcentrada, que tiene un rol regulador y rector, que tiene la función de hacer cumplir la normativa nacional en el nivel departamental.	Responsable del Programa el Continuo de la Vida
Servicio Departamental de Salud - Santa Cruz	Institución pública desconcentrada, que tiene un rol regulador y rector, que tiene la función de hacer cumplir la normativa nacional en el nivel departamental.	Institución pública desconcentrada, que tiene un rol regulador y rector, que tiene la función de hacer cumplir la normativa nacional en el nivel departamental. Responsable de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Activista Departamento de Santa Cruz	Activistas de sociedad civil, son parte de diferentes colectivos que promueven los derechos sexuales y derechos reproductivos.	
Activista del departamento de Chuquisaca		
Activista del departamento de Pando		
Caso emblemático	Mujer de la ciudad de Cochabamba que dio a luz en cuarentena	

CONTEXTO DE LA RECOMENDACIÓN 53 DE LA COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

El Sistema Universal de Derechos Humanos se puso en alerta ante la Pandemia por el Covid-19 por los posibles riesgos que implica esta circunstancia para la vigencia material de los derechos humanos, especialmente de aquellas poblaciones vulnerables, niñez, adolescencia, mujeres, pueblos indígenas, personas con capacidades diferentes y/o adultas/os mayores. Riesgos que se ven incrementados en Estados cuya institucionalidad no necesariamente responde a una perspectiva de derechos humanos.

Las exigencias de respuestas oportunas y eficientes para la atención de la Pandemia hacen que, si no se cuenta con un sistema de salud, no sólo adecuado en términos técnicos y operativos, sino con una perspectiva de derechos humanos, se deje de prestar atención a la provisión de servicios de salud esenciales, generando impactos significativos en el aumento de las tasas de mortalidad y morbilidad durante esta etapa de la transmisión.⁹

Entre los servicios esenciales de salud, tal y como lo han expresado distintas autoridades sanitarias nacionales, internacionales y multilaterales, se encuentran los servicios de salud reproductiva. En particular aquellos asociados a la prevención y atención del embarazo, al parto y al puerperio, incluyendo la atención de la interrupción del embarazo.¹⁰

En este sentido, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) ha hecho un llamado a los Estados parte para mantener los servicios de salud reproductiva existentes en los países¹¹ haciendo énfasis en la protección de los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes, emitiendo las siguientes recomendaciones:

“1. Incorporar la perspectiva de género a partir de un enfoque interseccional en todas las respuestas de los Estados para contener la pandemia, teniendo en cuenta los distintos contextos y condiciones que potencializan la vulnerabilidad a la que las mujeres están expuestas, como la precariedad económica, la edad, la condición de migrante o desplazada, la condición de discapacidad, la privación de libertad, el origen étnico-racial, la orientación sexual, identidad y/o expresión de género, entre otras.

2. Reformular los mecanismos tradicionales de respuesta a la violencia de género, adoptando canales alternativos de comunicación bien como líneas de atención de emergencia, así como promover el fortalecimiento de redes comunitarias con el objeto de ampliar los medios de denuncia y órdenes de protección en el marco

del periodo de confinamiento y restricciones de movilidad. Asimismo, asegurar la disponibilidad de casas de acogida y albergues para las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, en los cuales existan condiciones de adoptarse las medidas de prevención del contagio.

3. *Desarrollar protocolos de atención y fortalecer la capacidad de los agentes de seguridad y actores de justicia involucrados en la investigación y sanción de hechos de violencia doméstica, así como llevar a cabo la distribución de materiales de orientación sobre el manejo de dichos casos en todas las instituciones estatales.*

4. *Garantizar la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva durante la crisis de la pandemia, incrementando, en particular, las medidas de educación sexual integral y de diseminación de información en medios accesibles y con lenguaje adecuado, con el objeto de alcanzar las mujeres en su diversidad.*

5. *Reforzar las políticas de seguridad alimentaria y redes de protección social con perspectiva de género, incluidas políticas de renta mínima y de oferta de atención médica enfocada a la necesidad específica de estas mujeres en el combate a la crisis generada por el COVID-19”.*

A fin de efectuar seguimiento a estas recomendaciones, la CIDH instaló la Sala de Coordinación y Respuesta Oportuna e Integrada a la crisis en relación con la pandemia del COVID-19 (SACROI COVID-19), instancia que tiene el objetivo de realizar seguimiento cercano a la situación de los derechos humanos en contexto de la pandemia, reforzando la integralidad e intersectorialidad a la luz de la protección de los derechos humanos, en especial del derecho a la salud.¹² Asimismo, la CIDH adoptó la Resolución 01/20 “Pandemia y Derechos Humanos en las Américas”, como resultado del trabajo de la SACROI COVID-19, la cual emite una serie de recomendaciones a los Estados, orientadas a enfrentar la Pandemia con un enfoque de derechos humanos, en este contexto, y en relación al derecho a servicios esenciales de salud sexual y salud reproductiva, se cuenta con la recomendación 53 que señala:

“Garantizar la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la crisis de la pandemia, incrementando, en particular, las medidas de educación sexual integral y de diseminación de información por medios accesibles y con lenguaje adecuado, con el objeto de alcanzar a las mujeres en su diversidad”

El Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI), emitió el documento “La Salud Reproductiva como Servicio Esencial de Salud. Documento de análisis de la recomendación 53 de la Resolución 01/2020 de la CIDH”¹³ el cual resulta ser un instrumento interpretativo del considerando 53 de la Resolución 1/2020 de la CIDH sobre el acceso a los servicios de salud reproductiva en el marco de la respuesta a la pandemia por COVID-19.

El mismo contiene una descripción de los riesgos que pueden generarse ante el retroceso en el acceso equitativo a los servicios de salud reproductiva en la región, por lo que emite una serie de recomendaciones para la continuidad de dichos servicios.¹⁴

El documento fue suscrito por más de 80 organizaciones y se presentó a la SACROI-COVID 19 que ha implementado la CIDH, con el objetivo de participar activamente en los diversos diálogos que viene promoviendo el sistema con la sociedad civil y lograr una plataforma para la visibilidad de las propuestas y para catapultar el trabajo de incidencia local ante las autoridades sanitarias de los distintos países de la región.¹⁵

El presente informe se ha elaborado sobre la base de estos antecedentes.



1. HALLAZGOS

Indicadores estructurales: miden la aceptación y el compromiso del Estado con la realización de los derechos humanos, mediante la adopción de marcos legislativos, políticos y normativos, políticas y mecanismos para respetar, proteger y cumplir esos derechos. En este caso enfocaremos en el cumplimiento de las recomendaciones propuestas en el documento en sentido amplio para la garantía de la salud reproductiva en el marco de la crisis por la pandemia por COVID-19.

N.	SE de SR	Tipo	Indicador	Resp.	Detalle
1.	Todas	Disp.	Reconocimiento de los servicios de salud reproductiva como servicios esenciales y urgentes	SI	<p>El 6 de mayo de 2020, el Ministerio de Relaciones Exteriores, en representación del Estado Boliviano se adhirió al Comunicado Internacional Conjunto “Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuenta el género en la crisis del COVID-19”¹⁶ que reconoce la importancia de la protección de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres y niñas en la crisis del COVID-19, la cual fue suscrita por 59 países. El 10 de mayo¹⁷ y el 12 de mayo¹⁸ se emitieron comunicados aclaratorios.</p> <p>El Ministerio de Salud emitió un “Plan de Contingencia de Salud Materna Bolivia en el contexto del COVID-19”¹⁹ y un “Plan de Contingencia para las personas con VIH/SIDA.”²⁰</p> <p>A nivel departamental, Potosí elaboró un “Protocolo de atención domiciliar a mujeres gestantes y puerperios”²¹, el departamento del Beni “Plan de respuesta a emergencia por el COVID-19”²² que incorpora la importancia de la continuidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva y el departamento de Chuquisaca ha emitido un Instructivo para dar continuidad a los servicios de SSRR durante la pandemia.²³</p>
1.1	Todas	Disp.	Restricciones a los servicios de salud reproductiva	NO	<p>De la revisión de las páginas oficiales del Ministerio de Salud y de los SEDES, así como de las entrevistas sostenidas con servidoras/res públicos de estas instancias, se tiene que no se hubiera emitido ninguna disposición expresa que restrinja los servicios de salud sexual y salud reproductiva.</p> <p>Por otra parte, instituciones privadas se vieron limitadas en la prestación de sus servicios SSSR ante el comunicado de cuarentena rígida, a través de los decretos supremos 4196 y 4199 por la imposibilidad de movilización y la restricción de los horarios.²⁴</p>

2.	Todas	Disp.	Adopción de telesalud para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva	NO	<p>Entrevistas realizadas refieren que el Ministerio de Salud emitió una resolución ministerial para la promoción de servicios de salud en general a través de Telesalud así como la emisión de recetas electrónicas,²⁵ sin embargo, el mismo no se encuentra publicado en la página web de dicha instancia y no se ha logrado tener acceso al mismo.</p> <p>El “Plan de Contingencia de Salud Materna Bolivia” emitido por el Ministerio de Salud prevé la atención de telesalud para las mujeres gestantes.²⁶</p> <p>El Plan de Contingencia para las personas con VIH/SIDA, plantea el seguimiento a la población con SIDA, lo que implica la movilización de personal de salud a las casas de los pacientes.²⁷</p> <p>El Plan de Contingencia para las personas con VIH/SIDA, plantea el fortalecimiento a la población con VIH, para que puedan acceder a consultas telefónicas o virtuales.²⁸</p> <p>El “Protocolo de Atención domiciliar a Mujeres Gestantes y Puérperas” del departamental de Potosí, prevé la implementación de atención prenatal y seguimiento a través de llamadas telefónicas.²⁹</p>
2.1	Atención prenatal (AP)		Adopción de telesalud para la provisión de AP	SI	
2.2	ILE		Adopción de telesalud para la provisión de ILE	NO	
2.3	Anticoncepción (AC)		Adopción de telesalud para la provisión de AC	NO	
2.4	Asesoría reproductiva		Adopción de telesalud para la provisión de asesoría	NO	
3.	Todas	Acces.	Adopción de atención de salud reproductiva ambulatoria en todos los niveles del sistema de salud	NO	<p>El “Plan de Contingencia de Salud Materna Bolivia” emitido por el Ministerio de Salud promueve la atención ambulatoria en los primeros niveles de atención.³⁰</p> <p>El Plan de Contingencia para las personas con VIH/SIDA, plantea el seguimiento a la población con SIDA, lo que implica la movilización de personal de salud a las casas de los pacientes.³¹</p> <p>En el departamento de Potosí el “Protocolo de Atención Domiciliar a Mujeres Gestantes y Puérperas” prevé la atención ambulatoria a mujeres gestantes confirmadas y sospechosas de COVID.³²</p> <p>En el departamento de Chuquisaca se emitió el Instructivo 002/20 del 15 de marzo por el cual se instruye que los establecimientos de salud, tomen diferentes estrategias, protocolos con la finalidad de garantizar la continuidad de los servicios tomando en cuenta criterios de bioseguridad.³³</p>
3.1	Testeo de ITS y VIH		Adopción de testeo de ITS y VIH en todos los niveles del sistema de salud	NO	
3.2	ILE		Adopción de atención de ILE ambulatoria en todos los niveles del sistema de salud	NO	
3.3	Anticoncepción (AC)		Adopción de provisión de asesoría y anticonceptivos en todos los niveles del sistema de salud	NO	
3.4	Atención prenatal		Adopción de modalidad de atención prenatal para la prevención del contagio por COVID-19	SI	

4.	Todas	Acces.	Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a servicios de salud reproductiva.	NO	De la revisión de las páginas oficiales del Ministerio de Salud y de los SEDES así como de las entrevistas sostenidas se tiene que no se hubiera emitido ninguna normativa y/o comunicado respecto a la flexibilización de requerimientos para el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva. ³⁴ Al contrario, los requisitos para acceder a estos servicios se incrementaron, condicionándose el acceso a el uso de guantes y barbijo de forma obligatoria, así como la presentación de una prueba negativa del COVID-19. ³⁵
4.1	ILE		Eliminación de tiempos de espera y otros requerimientos innecesarios para el acceso a ILE	NO	
4.2	Anticoncepción		Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a anticonceptivos.	NO	
4.3	Testeo de ITS y VIH		Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a Testeo de ITS y VIH	NO	
4.4	Atención prenatal		Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a Atención prenatal.	NO	
5.	Todas	Disp.	Disponibilidad de insumos iguales o superiores a los del año anterior para asegurar la continuidad de la provisión	NO	El departamento de Chuquisaca emitió el instructivo al Área Continuo del Curso de la Vida 015/2020, por el cual dispone que los centros de salud y hospitales garanticen la provisión de insumos y medicamentos en salud sexual y salud reproductiva. ³⁶ Respecto a los insumos para anticonceptivos según entrevistas con organizaciones de la sociedad civil y activistas, se refiere que el Estado en sus diferentes niveles no contó con la provisión necesaria de anticonceptivos. ³⁷ Respecto a los insumos para tratamiento de VIH, según entrevistas a usuarias/os se refiere que existieron los insumos para asegurar continuidad, sin embargo, su distribución se vio comprometida por la cuarentena ³⁸ al respecto según nota periodística se reporta que más de 40 personas se habrían visto afectadas por la falta de dotación de medicamentos antirretrovirales en el Programa del CDVIR-Cochabamba y que tanto equipos como insumos fueron redireccionados a la atención del COVID-19. ³⁹ El departamento de La Paz, tampoco refiere desabastecimiento sin embargo no se reportan compras adicionales. ⁴⁰ El Ministerio de Salud, informó que no hubo desabastecimiento durante enero a julio del 2020, que se hicieron y se están haciendo todas las gestiones para dar continuidad con este servicio ⁴¹
5.1	IVE	Disponibilidad de insumos (medicamentos y AMEU) suficientes para asegurar la continuidad de la provisión de ILE	NO		
5.2	Anticoncepción	Disponibilidad de insumos suficientes para asegurar la continuidad de la provisión de anticoncepción transitoria	NO		
5.3	Testeo de ITS y VIH	Disponibilidad de insumos suficientes para asegurar la continuidad de los testeos de ITS y VIH	SI		
5.4	Tratamiento de ITS y VIH	Disponibilidad de insumos suficientes para asegurar la continuidad del tratamiento de ITS y VIH	SI		

Indicadores de proceso: miden los continuos esfuerzos del estado para transformar los compromisos legales y políticos en los resultados deseados a través del diseño, implementación y monitoreo de programas para la consecución progresiva de los derechos humanos. En este caso mediremos la implementación de acciones identificadas y recomendadas y la asignación de recursos.

N.	SE de SR	Tipo	Indicador	Resp.	Detalle
6	Todas	Disp.	Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de salud reproductiva	SI	<p>Hubo muchos aspectos que influyeron en la disminución y suspensión de los servicios de salud sexual y salud reproductiva:</p> <p>A nivel nacional hubo el cierre de varios establecimientos de salud por falta de material de bioseguridad (primeros niveles) y luego para atención exclusiva del COVID-19.⁴²</p> <p>La cuarentena rígida influyó no solo en la disminución de la oferta sino también en la disminución de la demanda, por temor a contraer el virus.⁴³</p> <p>La falta de equipos de protección personal.</p> <p>La falta de recursos humanos e infraestructura</p> <p>El alto porcentaje de personal de salud contagiado y fallecido.⁴⁴</p> <p>Diferentes medios de comunicación reportaron el cierre de los hospitales y registraron las declaraciones de mujeres que no fueron atendidas y tuvieron que peregrinar en busca de atención para su parto.⁴⁵</p> <p>Se estima que las atenciones en salud sexual y salud reproductiva durante la pandemia se redujeron en 69814 en comparación a las atenciones antes de la pandemia. Asimismo, se estima una disminución de 26862 consultas prenatales durante la pandemia.⁴⁶</p> <p>Durante los meses de enero a julio de la gestión 2019 se realizaron 810278 consultas prenatales y en los meses de enero a julio de la gestión 2020 se realizaron 489273 consultas prenatales lo que significa una disminución del 40% en consultas prenatales⁴⁷</p>
6.1	Anti-concepción		Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de AC	SI	<p>Según entrevistas todos los centros de salud de primer nivel en los que normalmente se accede a los métodos anticonceptivos se cerraron durante las primeras semanas de inicio de la cuarentena.⁴⁸</p> <p>Se estima que la cantidad de mujeres con necesidad insatisfecha de anticoncepción antes de la pandemia alcanzaba a 690118 y durante la pandemia esta cifra se incrementaría en 758535, es decir más 68417 mujeres con necesidad insatisfecha de anticoncepción.⁴⁹</p> <p>Durante los meses de marzo y abril del 2019 se realizaron 185133 prestaciones de salud en anticoncepción y en los meses de marzo y abril de la gestión 2020 hubo una disminución del 44%, alcanzando 102920 prestaciones en anticoncepción.⁵⁰</p> <p>De enero a julio de la gestión 2019 se entregaron 375068 anticonceptivos y en los mismos meses en la gestión 2020 se entregaron 238348 anticonceptivos evidenciando una reducción del 36% en la cobertura.⁵¹</p>

6.2	Testeo de ITS y VIH		Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de testeo de ITS y VIH	SI	El servicio de testeo de VIH se vio restringido principalmente porque los servicios de salud estaban atendiendo solamente en horarios definidos, porque algunos insumos no están llegando a los/as usuarios/as y porque el personal de salud está ocupado. ⁵² Respecto a las ITS, se vio restringida el servicio de testeo y en el caso del control que se realizaba a las trabajadoras sexuales este se suspendió, lo que podría provocar un incremento en la ITS. ⁵³
6.3	Tratamiento de ITS y VIH		Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de tratamiento de ITS y VIH	SI	La principal restricción que existió para el acceso al servicio de tratamiento del VIH fue la limitación de movilización durante la cuarentena para acceder a los medicamentos ⁵⁴ y la imposibilidad de acceder al tratamiento de manera presencial. ⁵⁵ Santa Cruz, se destaca que es el único departamento que cuenta con 64 centros de distribución de medicamento, a diferencia de otros como La Paz y Cochabamba que no pasan los 5 centros cada uno, lo cual facilitó el acceso a las/los usuarios. ⁵⁶
6.4	ILE		Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de ILE	SI	En Bolivia no existe la IVE, desde la década de los setentas se cuenta con un sistema de 3 causales que, incorpora dentro del Código Penal, la figura del aborto impune y desde 2014 a través de la Sentencia Constitucional 0206/2014 una flexibilización de requisitos para el acceso de las mujeres a ILE. Este servicio fue suspendido durante la cuarentena rígida porque los hospitales habilitados para este servicio solo recibían pacientes COVID-19. ⁵⁷ Por otro lado, se han incrementado los requisitos para acceder a este servicio, en algunos casos se solicitó a la usuaria que se traslade a otro hospital con sus propios medios ya que no contaban ni con ambulancia ni con trajes de bioseguridad, adicionalmente se requirió la presentación de una prueba negativa para el COVID-19 para acceder al servicio. ⁵⁸
7	Todas	Accesibilidad	Implementación de las adaptaciones para garantizar accesibilidad a las prestaciones de SR en el marco de la pandemia por COVID-19	SI	Se implementaron diferentes tipos de adaptaciones en todos los departamentos, entre la que destaca el doble triaje ⁵⁹ para todos los servicios incluido en los servicios de salud sexual y salud reproductiva. En el departamento de Potosí, destaca la labor de las enfermeras obstetras, ya que es el único lugar donde este tipo de atención ha sido institucionalizada en gestiones anteriores, pero que durante la cuarentena han tomado relevancia. ⁶⁰ En el departamento de Oruro se ha coordinado con los centros de salud para garantizar la atención prenatal ligada a la necesidad del cobro del bono que deben recibir las mujeres gestantes denominado “Bono Juana Azurduy”. ⁶¹
7.1	ILE	Accesibilidad	Provisión de ILE por telemedicina (si/no) Número de consultas Número de IVE realizadas por esta modalidad	NO	El Estado no implementó telemedicina de forma específica para la atención de ILE. ⁶²

7.1.1	ILE		Provisión de ILE ambulatorio en todos los niveles de atención Cantidad de ILE por nivel Comparación con el año anterior	NO	El Estado no implementó atención ambulatoria de forma específica para la atención de ILE. ⁶³
7.1.2	ILE		Provisión de medicación para ILE ambulatorio en la primera consulta Cantidad de tratamientos para ILE medicamentoso entregados. Comparación con el año anterior	NO	El Estado no implementó atención ambulatoria de forma específica para la atención de ILE. ⁶⁴
7.1.3	ILE		Flexibilización de requisitos para la compra de medicamentos para ILE: receta, farmacias habilitadas, etc.	NO	El Estado no implementó atención ambulatoria de forma específica para la atención de ILE. ⁶⁵
7.1.4	ILE		Adaptaciones para la atención en zonas rurales o de difícil acceso	NO	El Estado no implementó adaptaciones específicas en áreas rurales o de difícil acceso. ⁶⁶ Al contrario, las usuarias ante la falta de centros de salud en zonas rurales y de difícil acceso, tuvieron que trasladarse desde sus lugares de origen a ciudades capitales o intermedias a fin de acceder a un ILE, incrementándose las barreras de acceso. ⁶⁷
7.1.5	ILE	Aceptabilidad	Adaptaciones para la atención de ILE en NyA, PCD, indígenas, entre otras. Número de consultas e ILE por edad, en PCD, indígenas (usar criterios locales: zonas, provincias, regiones.)	NO	El Estado no implementó adaptaciones para la atención diferenciada de NyA, PCD, indígenas. A pesar de existir normativa para el ejercicio de los derechos sexuales de las personas con discapacidad, antes de la pandemia no se hizo ninguna adaptación y en pandemia, fue un sector del que nadie habló. ⁶⁸ Respecto al número de consultas, no se cuenta con esta información
7.2	Anticoncepción	Accesibilidad	Asesoría de AC por telemedicina Número de consultas realizadas por esta modalidad	NO	El sector público de salud ni de seguridad social brindó este tipo de asesoría sólo instituciones privadas. ⁶⁹
7.2.1	Anticoncepción		Provisión de anticonceptivos sin consulta presencial Cantidad de AC entregados con esta modalidad	NO	Según entrevistas a servidoras/res públicos de los SEDES y representantes de la sociedad civil no se brindó este servicio sin consulta presencial. ⁷⁰

7.2.2	Anticoncepción		Disponibilidad (%) de insumos anticonceptivos para la necesidad local (encuesta de necesidades) Comparación con el año anterior (%)	NO	De enero a julio de la gestión 2019, se entregaron 1235936 métodos anticonceptivos (condones, dispositivos, hormonales, naturales y permanentes) y durante los mismos meses en la gestión 2020 se distribuyeron 742287 anticonceptivos, lo que significa una reducción del 40% de anticonceptivos entregados a la población. ⁷¹																																																											
7.2.3	Anticoncepción		Adaptaciones para la atención en zonas rurales o de difícil acceso	NO	El Estado no implementó adaptaciones específicas en áreas rurales o de difícil acceso.																																																											
7.2.4	Anticoncepción	Aceptabilidad	Adaptaciones para la atención de ILE en NyA, PCD, indígenas, entre otras. Número de consultas y AC entregados por edad, en PCD, indígenas (usar criterios locales: zonas, provincias, regiones)	NO	Respecto al acceso de las/los adolescentes a métodos anticonceptivos, esta fue restringida bajo la consigna: "Quédate en casa" ⁷² Por otro lado, las/los adolescentes están teniendo problemas para acceder a los servicios. En el departamento de Pando se corre el riesgo de que se cierre el punto de atención del adolescente, que fue abierto con el apoyo de UNFPA antes de la pandemia. ⁷³ <table border="1"> <thead> <tr> <th>Departamento</th> <th>2019</th> <th>2020</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>≤ 15</td> <td>≥15 a 19</td> <td>≤ 15</td> <td>≤15 a 19</td> </tr> <tr> <td>Chuquisaca</td> <td>464</td> <td>30880</td> <td>326</td> <td>16193</td> </tr> <tr> <td>La Paz</td> <td>196</td> <td>20961</td> <td>215</td> <td>11123</td> </tr> <tr> <td>Cochabamba</td> <td>369</td> <td>15273</td> <td>405</td> <td>12401</td> </tr> <tr> <td>Oruro</td> <td>98</td> <td>6504</td> <td>39</td> <td>5614</td> </tr> <tr> <td>Potosí</td> <td>151</td> <td>10603</td> <td>109</td> <td>8396</td> </tr> <tr> <td>Tarija</td> <td>204</td> <td>5979</td> <td>221</td> <td>6689</td> </tr> <tr> <td>Santa Cruz</td> <td>1533</td> <td>31476</td> <td>237</td> <td>6706</td> </tr> <tr> <td>Beni</td> <td>1376</td> <td>2053</td> <td>4599</td> <td>5708</td> </tr> <tr> <td>Pando</td> <td>356</td> <td>3378</td> <td>221</td> <td>1900</td> </tr> </tbody> </table> Total, anticonceptivos menores de 19 años <table border="1"> <thead> <tr> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>131841</td> <td>81102</td> </tr> </tbody> </table> Respecto a la cobertura en NNA, se observa una disminución del 32%. ⁷⁴	Departamento	2019	2020				≤ 15	≥15 a 19	≤ 15	≤15 a 19	Chuquisaca	464	30880	326	16193	La Paz	196	20961	215	11123	Cochabamba	369	15273	405	12401	Oruro	98	6504	39	5614	Potosí	151	10603	109	8396	Tarija	204	5979	221	6689	Santa Cruz	1533	31476	237	6706	Beni	1376	2053	4599	5708	Pando	356	3378	221	1900	2019	2020	131841	81102
Departamento	2019	2020																																																														
	≤ 15	≥15 a 19	≤ 15	≤15 a 19																																																												
Chuquisaca	464	30880	326	16193																																																												
La Paz	196	20961	215	11123																																																												
Cochabamba	369	15273	405	12401																																																												
Oruro	98	6504	39	5614																																																												
Potosí	151	10603	109	8396																																																												
Tarija	204	5979	221	6689																																																												
Santa Cruz	1533	31476	237	6706																																																												
Beni	1376	2053	4599	5708																																																												
Pando	356	3378	221	1900																																																												
2019	2020																																																															
131841	81102																																																															
7.3	Testeo de ITS y VIH	Accesibilidad	Asesoría para ITS y VIH por telemedicina Número de consultas realizadas por esta modalidad	NO	El sector público ni seguridad social implementó telemedicina. ⁷⁵																																																											

7.3.1	Testeo de ITS y VIH		Implementación de testeo rápido de ITS y VIH Número de testeos realizados por esta modalidad Diferencia con el año anterior (%)	NO	Durante los meses de enero a julio de 2019 se realizaron 355858 pruebas rápidas para detectar el VIH. Durante los mismos meses en la gestión 2020 se registraron 208394 lo que significa una disminución del 48% en las pruebas rápidas de detección del VIH. ⁷⁶ Respecto a la detección de cáncer cérvico uterino hubo una reducción del 68% de las pruebas en comparación con la gestión anterior. ⁷⁷ En la gestión 2019 se realizaron 372420 pruebas rápidas y en la gestión 2020 se realizaron 118159.																																	
7.3.2	Testeo de ITS y VIH		Provisión de Testeo de ITS y VIH en todos los niveles de atención Número de testeos realizados en cada nivel Diferencia con el año anterior (%)	SI	El testeo de VIH se realiza en los Centros Departamentales/Regionales de Vigilancia Información y Referencia, en centros desconcentrados, centros materno infantiles y centros de atención comunitaria (para poblaciones clave). ⁷⁸ En ese sentido, mencionar que, en el departamento de Santa Cruz, en el que se registran más casos de VIH, ⁷⁹ hubo una disminución del 63% de pruebas rápidas en comparación con la gestión anterior. ⁸⁰																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Departamento</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Chuquisaca</td> <td>15758</td> <td>10339</td> </tr> <tr> <td>La Paz</td> <td>85238</td> <td>58847</td> </tr> <tr> <td>Cochabamba</td> <td>66856</td> <td>51117</td> </tr> <tr> <td>Oruro</td> <td>24657</td> <td>12502</td> </tr> <tr> <td>Potosí</td> <td>17878</td> <td>12856</td> </tr> <tr> <td>Tarija</td> <td>10074</td> <td>5464</td> </tr> <tr> <td>Santa Cruz</td> <td>110940</td> <td>40741</td> </tr> <tr> <td>Beni</td> <td>18544</td> <td>14906</td> </tr> <tr> <td>Pando</td> <td>5913</td> <td>1622</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>355858</td> <td>208394</td> </tr> </tbody> </table>						Departamento	2019	2020	Chuquisaca	15758	10339	La Paz	85238	58847	Cochabamba	66856	51117	Oruro	24657	12502	Potosí	17878	12856	Tarija	10074	5464	Santa Cruz	110940	40741	Beni	18544	14906	Pando	5913	1622	Total	355858	208394
Departamento	2019	2020																																				
Chuquisaca	15758	10339																																				
La Paz	85238	58847																																				
Cochabamba	66856	51117																																				
Oruro	24657	12502																																				
Potosí	17878	12856																																				
Tarija	10074	5464																																				
Santa Cruz	110940	40741																																				
Beni	18544	14906																																				
Pando	5913	1622																																				
Total	355858	208394																																				
7.3.3	Testeo de ITS y VIH		Adaptaciones para Testeo de ITS y VIH en zonas rurales o de difícil acceso	NO	El sector público y de seguridad social no hizo ninguna adaptación. Desde el 2016 se ha ido dando este servicio en los centros de salud de primer nivel, de enero a julio este servicio se vio limitado por las restricciones de la cuarentena. ⁸¹																																	
7.3.4	Testeo de ITS y VIH	Aceptabilidad	Adaptaciones para Testeo de ITS y VIH en NyA, PCD, indígenas, entre otras Número de testeos realizados por edad, en PCD, indígenas (usar criterios locales: zonas, provincias, regiones, etc.)	NO	El sector público y de seguridad social no hizo ninguna adaptación para la atención diferenciada de NyA, PCD, indígenas. Antes de la pandemia se estuvo trabajando para facilitar el acceso a este servicio a menores de 16 años, sin embargo, la pandemia paralizó estas acciones. ⁸² No se cuenta con esta información.																																	

7.4	Atención prenatal (AP)	Accesibilidad	Implementación de las adaptaciones para garantizar bioseguridad en la AP en el marco de la pandemia por COVID-19	SI	<p>Las principales adaptaciones para el personal de salud fue el uso de equipos de protección personal, espacios diferenciados de atención y la instauración de doble triaje.</p> <p>En el departamento de Oruro y Potosí, se implementaron sistemas de monitoreo por teléfono, a mujeres con alto riesgo.⁸³</p> <p>Otra adaptación que ha limitado mucho este servicio fue el requerimiento a las usuarias de barbijos y de pruebas de laboratorio negativa de COVID-19, en un contexto en el cual los precios de estos productos de encarecieron y donde el Estado ni los seguros de salud contaban con los insumos para hacer la prueba, lo que obligaba a las mujeres que requerían la atención el tener que pagar por una prueba.⁸⁴</p> <p>En el área andina hubo una fuerte participación en este tiempo de parteras que atendieron a las mujeres en su labor de parto en sus domicilios.⁸⁵</p>
7.4.1	Atención prenatal		Provisión de AP por telemedicina (si/no) Número de consultas Número de consultas de AP realizadas por esta modalidad	NO	<p>No se implementó telemedicina para ningún servicio de salud sexual y reproductiva.</p> <p>Durante los meses de enero a julio del 2019 se registran 810278 atenciones prenatales y en los meses de enero a julio del 2020 se registran 489273 atenciones lo que significa una reducción del 40%.⁸⁶</p>
7.4.2	Atención prenatal		Adaptaciones para AP en zonas rurales o de difícil acceso	NO	<p>De manera general no se hizo ninguna adaptación.</p> <p>Con el apoyo del UNFPA en las zonas rurales de Potosí se logró absolver algunas dudas de mujeres gestantes de zonas alejadas, a través de llamadas telefónicas y es el único departamento que tiene institucionalizado el trabajo de enfermeras obstetras que hablan el idioma nativo y ellas lograron atender a mujeres de las zonas rurales.⁸⁷</p>

7.4.3	Atención prenatal	Aceptabilidad	<p>Adaptaciones para AP en NyA, PCD, indígenas, entre otras.</p> <p>Número de consultas por edad, en PCD, indígenas (usar criterios locales: zonas, provincias, etc.)</p>	NO	<p>El sector público y de seguridad social no efectuó ninguna adaptación para la atención diferenciada de NyA, PCD, indígenas.</p> <table border="1" data-bbox="933 423 1398 880"> <thead> <tr> <th>Departamento</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Chuquisaca</td> <td>41465</td> <td>31437</td> </tr> <tr> <td>La Paz</td> <td>195896</td> <td>147753</td> </tr> <tr> <td>Cochabamba</td> <td>162686</td> <td>110014</td> </tr> <tr> <td>Oruro</td> <td>39665</td> <td>29465</td> </tr> <tr> <td>Potosí</td> <td>54786</td> <td>41424</td> </tr> <tr> <td>Tarija</td> <td>40446</td> <td>19523</td> </tr> <tr> <td>Santa Cruz</td> <td>224808</td> <td>78599</td> </tr> <tr> <td>Beni</td> <td>40317</td> <td>24195</td> </tr> <tr> <td>Pando</td> <td>10209</td> <td>6863</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>810278</td> <td>489273</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="914 946 1417 1240"> <thead> <tr> <th>Edad</th> <th>2019</th> <th>2020</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< 15</td> <td>5524</td> <td>2947</td> </tr> <tr> <td>15 a 19</td> <td>130009</td> <td>76091</td> </tr> <tr> <td>20 - 34</td> <td>561852</td> <td>340405</td> </tr> <tr> <td>35 - 49</td> <td>112030</td> <td>69514</td> </tr> <tr> <td>50 y +</td> <td>863</td> <td>316</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>810278</td> <td>489273</td> </tr> </tbody> </table>	Departamento	2019	2020	Chuquisaca	41465	31437	La Paz	195896	147753	Cochabamba	162686	110014	Oruro	39665	29465	Potosí	54786	41424	Tarija	40446	19523	Santa Cruz	224808	78599	Beni	40317	24195	Pando	10209	6863	Total	810278	489273	Edad	2019	2020	< 15	5524	2947	15 a 19	130009	76091	20 - 34	561852	340405	35 - 49	112030	69514	50 y +	863	316	Total	810278	489273
Departamento	2019	2020																																																									
Chuquisaca	41465	31437																																																									
La Paz	195896	147753																																																									
Cochabamba	162686	110014																																																									
Oruro	39665	29465																																																									
Potosí	54786	41424																																																									
Tarija	40446	19523																																																									
Santa Cruz	224808	78599																																																									
Beni	40317	24195																																																									
Pando	10209	6863																																																									
Total	810278	489273																																																									
Edad	2019	2020																																																									
< 15	5524	2947																																																									
15 a 19	130009	76091																																																									
20 - 34	561852	340405																																																									
35 - 49	112030	69514																																																									
50 y +	863	316																																																									
Total	810278	489273																																																									
8.	Todas	Accesibilidad	Difusión de la información sobre la atención de la SR en el marco de la pandemia	NO	<p>Se pudo evidenciar publicaciones por redes sociales en el departamento de Cochabamba para la prevención del cáncer cérvico uterino y de la importancia de la lactancia materna.⁸⁸</p> <p>Por otro lado, el Programa Nacional de ITS/VIH, emitió cuyas radiales en diferentes idiomas con el objetivo de prevenir el contagio del COVID – 19 en las personas que viven con VIH/SIDA.⁸⁹</p> <p>Desde el Ministerio de Justicia de manera articulada con instituciones de la sociedad civil se han ido lanzando mensajes en redes sociales.⁹⁰</p>																																																						
9.	Todas	Calidad	<p>Capacitación de profesionales de salud para la provisión de servicios de SR por telemedicina</p> <p>Cantidad de profesionales capacitados</p>	SI	<p>Según las entrevistas realizadas, se reportan que se hicieron capacitaciones a personal de salud a través de medios virtuales desde el Ministerio de Salud y desde instancias privadas.⁹¹</p> <p>No se tiene el dato de a cuantos profesionales se logró capacitar.</p>																																																						

10.	Todas	Accesibilidad	Asignación presupuestaria para la SR 2020 Asignación presupuestaria para la SR 2019	NO	<p>No se tiene acceso a la información respecto a la asignación presupuestaria, y no todas las instancias respondieron a la solicitud, a continuación, se presentan los datos que se lograron recabar:</p> <p>El departamento de Tarija en la gestión 2019 ejecutó un presupuesto de 6845 Bs. para la gestión 2020 se programó un presupuesto de 9450 Bs. y no hubo ejecución.</p> <p>En el departamento de Potosí en la gestión 2019 se programó 28062 Bs. y se ejecutó el 64% de este presupuesto, para la gestión 2020 se programaron 29777 Bs. y no hubo ejecución.</p> <p>En el departamento de Chuquisaca para la gestión 2019 se programaron 124878 Bs. no se sabe exactamente cuánto se logró ejecutar, solo se informó que no se alcanzó al 100% de ejecución, para la gestión 2020 se programaron 154322 Bs. de los cuales se ejecutó el 4%.</p> <p>El departamento de Oruro programó para la gestión 2019 un presupuesto de 11666 Bs. (se refiere que el mismo se ejecutó según programación), para la gestión 2020 se programó un presupuesto de 11270 Bs. de los cuales se ejecutó 2600 Bs., alcanzando el 23%, el resto del presupuesto estaría sujeto a modificaciones por la pandemia.</p> <p>El departamento de La Paz no informó respecto a los montos pero advirtió que el presupuesto de la gestión 2020 se reprogramaría por la pandemia.⁹²</p>
-----	-------	---------------	--	----	---

Indicadores de resultado: recopila los efectos de las iniciativas estructurales y de procesos destinadas a respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. Recopilan los efectos de las iniciativas estructurales y de procesos destinadas a respetar, proteger y cumplir los derechos reproductivos que hemos identificado como esenciales.

N.	Tipo	Indicador	Respuesta	Detalle
11.	Accesibilidad	Tasa global de fecundidad Tasa de fecundidad por edad		<p>Según datos del Instituto nacional de Estadística se proyectó para la gestión 2020 una tasa de fecundidad de 2,7.⁹³</p> <p>No hay información disponible por edad.</p>
12.	Accesibilidad	Mortalidad materna 2020 Mortalidad materna 2019 Mortalidad materna por edad Mortalidad neonatal/ perinatal 2019 Mortalidad neonatal/ perinatal 2020 Mortalidad neonatal/ perinatal 2019 según edad de la gestante Mortalidad neonatal/ perinatal 2020 según edad de la gestante		<p>Según datos de Naciones Unidas en base a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA a que la mortalidad materna es de 230 mujeres, por cada 100 mil nacidos vivos (la tasa más alta de la región).⁹⁴</p> <p>A nivel departamental se tienen los siguientes datos:</p> <p>En Chuquisaca se registraron 7 casos de muerte materna, dos más que la gestión anterior.⁹⁵</p> <p>En Beni se registraron 3 casos de muerte materna en la gestión 2019 y 3 casos en esta gestión.⁹⁶</p> <p>En Oruro se registraron 8 casos de muerte materna en la gestión 2019 y 7 casos en la gestión 2020.⁹⁷</p> <p>No existe información disponible del resto de los departamentos.</p> <p>En la gestión 2019 se registraron 1270 nacidos muertos de un total de 120257 nacimientos y en la gestión 2020 hubo 872 nacidos muertos de un total de 90683 nacimientos.</p> <p>No existe información disponible respecto a la edad de la gestante.⁹⁸</p>

13.	Accesibilidad	Nacimientos por edad de la gestante 2020 Nacimientos por edad de la gestante 2019		No se registra la edad de la gestante en el momento del parto por lo que solo se tiene el dato de la cantidad de nacimientos en la gestión 2019 se registraron 120257 nacimientos y en la gestión 2020 se registraron 90683, es decir un 25% menos que la gestión anterior, ⁹⁹ esto podría deberse a que durante la pandemia se dieron nacimientos que no fueron reportados.																																																																																																
14.	Accesibilidad	Embarazos forzados 2020 Embarazos forzados 2019		<p>Se reportan 663 embarazos en niñas menores de 15 años, de enero a mayo 2020.¹⁰⁰</p> <p>Se estima un incremento de 4.606 embarazos no intencionados por falta de anticonceptivos entre marzo y abril 2020 en comparación del mismo periodo en la gestión 2019.¹⁰¹</p> <p>De enero a julio de la gestión 2019 se registraron 3102 consultas prenatales nuevas en menores de 15 años y 2616 consultas en la gestión 2020 (el único departamento que registra un incremento es Beni de 115 a 124 casos.¹⁰²</p> <p>De enero a julio de la gestión 2020 se registraron 19233 embarazos en niñas y adolescentes, un promedio de 990 embarazos por día.</p> <p>El departamento de La Paz es el que reporta la mayor cantidad de embarazos con 4.386; seguido de Santa Cruz, con 4.257; Cochabamba, 3.881; Potosí, 1.830; Beni, 1.710; Chuquisaca, 1.019; Oruro, 930; Tarija, 790; y Pando, 430.¹⁰³</p>																																																																																																
15.	Accesibilidad	Cantidad de denuncias por violencia sexual 2020 Cantidad de denuncias por violencia sexual 2019		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">2019</th> <th colspan="2">2020</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <th></th> <th>Viol. NNA</th> <th>viol. Mujer</th> <th>Total</th> <th>Viol. NNA</th> <th>Viol. Mujer</th> <th>Total</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Beni</td> <td>99</td> <td>43</td> <td>142</td> <td>95</td> <td>40</td> <td>135</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Chuquisaca</td> <td>26</td> <td>44</td> <td>70</td> <td>60</td> <td>59</td> <td>119</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cochabamba</td> <td>47</td> <td>112</td> <td>159</td> <td>62</td> <td>108</td> <td>170</td> <td></td> </tr> <tr> <td>La Paz</td> <td>110</td> <td>179</td> <td>289</td> <td>103</td> <td>182</td> <td>285</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oruro</td> <td>7</td> <td>40</td> <td>47</td> <td>18</td> <td>30</td> <td>48</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pando</td> <td>34</td> <td>16</td> <td>50</td> <td>26</td> <td>14</td> <td>40</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Potosí</td> <td>37</td> <td>74</td> <td>111</td> <td>64</td> <td>92</td> <td>156</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Santa Cruz</td> <td>170</td> <td>189</td> <td>359</td> <td>217</td> <td>243</td> <td>460</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tarija</td> <td>57</td> <td>83</td> <td>140</td> <td>45</td> <td>63</td> <td>108</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>587</td> <td>780</td> <td>1367</td> <td>690</td> <td>831</td> <td>1521</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Elaboración propia en base a datos del Ministerio Público¹⁰⁴</p>		2019		2020						Viol. NNA	viol. Mujer	Total	Viol. NNA	Viol. Mujer	Total		Beni	99	43	142	95	40	135		Chuquisaca	26	44	70	60	59	119		Cochabamba	47	112	159	62	108	170		La Paz	110	179	289	103	182	285		Oruro	7	40	47	18	30	48		Pando	34	16	50	26	14	40		Potosí	37	74	111	64	92	156		Santa Cruz	170	189	359	217	243	460		Tarija	57	83	140	45	63	108		TOTAL	587	780	1367	690	831	1521	
	2019		2020																																																																																																	
	Viol. NNA	viol. Mujer	Total	Viol. NNA	Viol. Mujer	Total																																																																																														
Beni	99	43	142	95	40	135																																																																																														
Chuquisaca	26	44	70	60	59	119																																																																																														
Cochabamba	47	112	159	62	108	170																																																																																														
La Paz	110	179	289	103	182	285																																																																																														
Oruro	7	40	47	18	30	48																																																																																														
Pando	34	16	50	26	14	40																																																																																														
Potosí	37	74	111	64	92	156																																																																																														
Santa Cruz	170	189	359	217	243	460																																																																																														
Tarija	57	83	140	45	63	108																																																																																														
TOTAL	587	780	1367	690	831	1521																																																																																														

16.	Acce- sibilidad	Complicaciones por aborto 2020 Complicaciones por aborto 2019		<p>El primer semestre de la gestión 2019, en 8 departamentos del país se registraron 5965 abortos incompletos y en el mismo periodo en los mismos departamentos en la gestión 2020 se registraron 5104 abortos incompletos, lo que significa una disminución del 15%. Sin embargo, durante los meses de la cuarentena (marzo – junio 2020) se registraron, 2556 casos de abortos incompletos, que comparativamente con los registrados el año pasado en el mismo período, se observa una disminución del 35%.¹⁰⁵</p> <p>En el departamento de Chuquisaca en los meses de enero a julio de 2019 se registraron 2 casos de complicaciones por aborto y en el mismo periodo en la gestión 2020 se registraron 3.¹⁰⁶</p>
17.	Acce- sibilidad	Cantidad de ILE 2020 Cantidad de ILE 2019		<p>Respecto a ILE se registraron en los hospitales y centros de salud de 8 departamentos, durante los meses de enero a julio de la gestión 2019, 82 casos. En el mismo período y en los mismos hospitales, en la gestión 2020, se registraron 37 casos, lo que significa una reducción del 65%.</p> <p>Es posible que esta reducción responda a la falta de acceso a estos servicios, a la falta de cumplimiento de la sentencia constitucional, a un registro inadecuado de ILE o que las mujeres tuvieron que acudir a centros privados o a lugares clandestinos.¹⁰⁷</p> <p>En el departamento de Chuquisaca, de enero a julio del 2019 se realizaron 2 abortos médicos y en la gestión 2020 se registraron 11 abortos médicos.¹⁰⁸</p>
18.	Acce- sibilidad	Cantidad de partos hospitalarios 2020 Cantidad de partos hospitalarios 2019 Cantidad de partos domiciliarios 2020 Cantidad de partos domiciliarios 2019		<p>En el primer semestre de la gestión 2019 se registraron 112593 partos hospitalarios, y en la gestión 2020 durante el mismo periodo, se registraron 82189 partos hospitalarios.</p> <p>En la gestión 2019, de enero a julio, se registraron 7664 partos domiciliarios y en la gestión 2020 se incrementó a 8494 partos domiciliarios.¹⁰⁹</p> <p>Al respecto mencionar que el trabajo de las parteras sea incrementado en este tiempo.¹¹⁰</p> <p>Los datos nos muestran que existe un incremento del 11% de partos domiciliarios en esta gestión y una disminución del 27% de partos en servicios de salud.¹¹¹</p>

EL CASO DE MARINA

Marina una mujer de 37 años vive en una comunidad del departamento de Cochabamba, ella realizaba sus controles en su comunidad, sin embargo, le pidieron que vaya a realizarse los mismos en el maternológico que se encuentra en la ciudad de Cochabamba, debido a que además de estar embarazada se le identificó problemas cardíacos. Ya en la ciudad de Cochabamba, fue muy difícil poder ser atendida en el maternológico, por la cantidad de pacientes y por las pocas horas que brindaban el servicio, situación por la cual se vio obligada a volver en reiteradas oportunidades sin lograr ser atendida.

La última vez contó con la ayuda de su madre quien se dirigió a pie al establecimiento de salud en horas de la madrugada para poder acceder a una ficha de atención. Cuando Marina llegó tuvo que esperar afuera parada durante toda la mañana, a pesar de encontrarse en la última etapa de gestación, cuando al fin pudo acceder a la revisión médica le pidieron que se interne de emergencia para poder realizarle la cesarea. Su bebé nació, pero no tuvo la misma suerte su compañera de habitación, para quien no hubo una atención pronta muriendo su bebé en su vientre. Marina entiende que si la respuesta del sistema de salud para ella y para su hija, se hubiera retrasado por unas horas más, sus vidas hubieran corrido el mismo destino.

EL CASO DE ALEJANDRA

Alejandra mujer indígena originaria campesina del municipio de San Javier del departamento de Santa Cruz, y parte de la Organización de Mujeres Indígenas Paiconekas, cuenta la historia de cómo hace algunos años lucharon por el reconocimiento de sus tierras y lograron la construcción del centro prenatal paiconeka para que las mujeres gestantes tenga la posibilidad de esperar a sus hijos protegidas con la certeza de tener un lugar en el momento del alumbramiento, debido a que el centro de salud del municipio se encuentra muy lejos de sus comunidades, pero también por el maltrato que reciben en este establecimiento por ser indígenas y pobres.

Durante la pandemia el alcalde del municipio anunció que el centro prenatal Paiconeka sería utilizado para ser un centro COVID-19, situación que puso en alerta a las mujeres y a Alejandra, quienes decidieron hacer vigilia dentro del establecimiento para evitar que se convierta en un centro COVID-19, la primera amenaza del alcalde fue que las sacaría a “punta de bala”.

Unos días después el alcalde acompañado con más de 70 personas, entre ellas la guardia municipal, irrumpieron por la fuerza al centro golpeando y humillando a estas mujeres, resultado de la agresión Alejandra fue golpeada en la cabeza con un fierro por el propio alcalde y ahora se encuentran en un proceso penal. Así como el acceso a la salud es muy difícil para las mujeres, éste se agrava cuando eres indígena y pobre, del mismo modo el acceso a la justicia.

2. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

i. ESTADO DE SITUACIÓN

El Estado boliviano a partir de la Constitución Política del Estado (arts. 6, 18, 35, 36, 37) garantiza y reconoce de manera expresa el derecho a la salud, así como el acceso al mismo sin exclusión ni discriminación alguna, asimismo, el Estado asume la obligación de garantizar este servicio promoviendo políticas públicas en todos los niveles de gobierno, orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población.

Adicionalmente de forma expresa el texto constitucional establece que “los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida” (art. 38) y que se “garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos” (art. 66 CPE).

Asimismo, el Estado boliviano es parte de las principales convenciones e instrumentos internacionales de derechos humanos, y en específico, derechos humanos de las mujeres y derechos sexuales y derechos reproductivos, entre ellas, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC); la Convención Americana sobre Derechos Humanos. (CADH); Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW); la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención De Belém Do Pará); Convención Iberoamericana de la Juventud; la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing – 1992, resultado de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer; el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, de donde deviene el Consenso de Montevideo y los compromisos de Puebla y Nairobi entre otros y ahora de la Resolución 001/2020 de la CIDH la cual a partir de su recomendación 53 promueve que los Estados garanticen la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva durante la crisis de la pandemia.

Todos estos instrumentos internacionales de derechos humanos forman parte del bloque de constitucionalidad (art. 410 CPE), y al declarar derechos más favorables a los contenidos en la Constitución son de aplicación preferente (art. 256 CPE). Por tanto, el Estado boliviano tanto por su marco normativo interno como por los compromisos asumidos a nivel internacional, tiene la obligación de garantizar el ejercicio material de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

A nivel interno, se cuenta con un marco normativo específico en materia de derechos humanos de las mujeres, la niñez y personas con VIH a partir de la Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia (Ley 348);¹¹² la Ley de Prestación del Sistema Integral de Salud (Ley 475);¹¹³ la Ley para la Prevención de VIH-SIDA (Ley 3729);¹¹⁴ Ley de gratuidad para pruebas de ADN (Ley 3934);¹¹⁵ el Código Niña, Niño y Adolescente (Ley 548);¹¹⁶ la Ley de la Juventud (Ley 342);¹¹⁷ la Ley Contra el Racismo y Toda Forma de Discriminación (Ley 045);¹¹⁸ la Ley General Para Personas con Discapacidad (Ley 223);¹¹⁹ la Ley de Identidad de Género (Ley 807);¹²⁰ el Código Penal Boliviano en su artículo 266¹²¹ y la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014 que reconoce el derecho de acceder a una interrupción del embarazo, en casos de violación, incesto, estupro y riesgo para la salud o vida de la mujer.¹²²

No obstante las obligaciones asumidas por el Estado en este marco normativo nacional, el acceso a los servicios en salud sexual y salud reproductiva (SSSR), antes de la pandemia ya atravesaban por serias deficiencias, siendo objeto de sendas recomendaciones por parte del Sistema Universal e Interamericano de Derechos Humanos, tal es así que durante el último Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos respecto del Estado boliviano¹²³ (2019), se observa “una serie de debilidades del sistema de salud, en particular con respecto a los protocolos de atención a los pacientes, la falta de recursos humanos y de equipamiento y la insuficiencia de las asignaciones presupuestarias”.¹²⁴

En materia de derechos sexuales y derechos reproductivos (DSDR), el referido Informe emite recomendaciones en relación a la implementación de políticas públicas específicas que aseguren la disponibilidad de anticonceptivos, especialmente para la población adolescente; priorice la problemática de embarazo adolescente con protocolos específicos así como la despenalización del aborto.¹²⁵

La coyuntura de la pandemia por el COVID-19 ha exacerbado las debilidades del sistema de salud, así como el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y derechos reproductivos, impacto que se advierte de mayor manera en población en situación de vulnerabilidad como mujeres, adolescentes, niñas, indígenas originarias campesinas, personas con discapacidad entre otras.

ii ANÁLISIS GENERAL

2.1 DERECHO A QUE SE GARANTICE LOS SERVICIOS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA.

El 22 de marzo de 2020 se declaró emergencia nacional por la pandemia del Covid-19, y si bien se emitieron disposiciones normativas a nivel nacional a fin de atender la emergencia sanitaria, los servicios de salud sexual y salud reproductiva no fueron declarados como “servicios esenciales”, conforme a las recomendaciones emitidas por organismos internacionales en materia en derechos humanos y derechos sexuales y derechos reproductivos.

El Ministerio de Salud cuenta con la Mesa Nacional de Maternidad y Nacimientos Seguros, la cual es una instancia de carácter técnico y de asesoramiento, liderizada por la propia Cartera de Estado y constituida por organizaciones de la sociedad civil (OSC). A través de esta instancia técnica, se promovió que los servicios de salud sexual y salud reproductiva sean considerados servicios esenciales, especialmente a momento de emitirse las normativas, protocolos o rutas críticas para la atención del COVID-19, en este sentido se efectuó una propuesta de un “Plan de Contingencia en Salud Sexual y Reproductiva”, no obstante, y pese a que dicho documento contaba con el aval de las/los representantes del Ministerio de Salud, el mismo no llegó a ser aprobado. De acuerdo a entrevistas realizadas a representantes de las instituciones que forman parte de esta Mesa, se establece que la falta de aprobación de este plan respondió principalmente a la inestabilidad y fragilidad institucional, así como también a la falta de coordinación entre los diferentes niveles del Estado, propias de un gobierno de transición.¹²⁶

Cabe señalar que desde marzo a julio, es decir, desde el inicio de la pandemia, se cambió en 3 ocasiones a la máxima autoridad del Ministerio, una de ellas por presuntos hechos de

corrupción, adicionalmente, la última Ministra designada dio positivo a la prueba de COVID-19, lo cual generó su aislamiento y la designación como interino del Ministro de Defensa.

En este contexto, el Ministerio de Salud únicamente emitió un “Plan de Contingencia de Salud Materna Bolivia en el contexto del COVID-19”,¹²⁷ el cual hace referencia a nuevas medidas de bioseguridad que debían ser implementadas por los centros de salud, para la atención de mujeres gestantes. Asimismo, se emitió un “Plan de Contingencia COVID-19 para la atención de personas viviendo con VIH/SIDA” con el objetivo de prevenir la transmisión del COVID-19 a la población que vive con VIH/SIDA y garantizar la continuidad de tratamientos.

Ambos documentos fueron derivados a los servicios departamentales de salud y a las redes de atención para su implementación.

El 6 de mayo de 2020, el Estado boliviano a través del Ministerio de Relaciones Exteriores se adhirió a un Comunicado Internacional Conjunto “Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuenta el género en la crisis del COVID-19”¹²⁸ que reconoce la importancia de la protección de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres y niñas en la crisis del COVID-19, la cual fue suscrita por 59 países. No obstante, dicha declaración fue objeto de cuestionamientos en sentido de que se estaba promoviendo el aborto,¹²⁹ circunstancias que generaron que la Cancillería emitiera un primer comunicado aclaratorio manifestando que “el mismo es coincidente con los derechos fundamentales y garantías establecidos en la Constitución Política del Estado, incluyendo el derecho a la salud, la prohibición de discriminación fundada en orientación sexual, el derecho a no sufrir violencia sexual y la prevención de la violencia de género”,¹³⁰ y que rechaza las engañosas interpretaciones que pretende mostrar esta declaración internacional como un intento de promoción del aborto. El 12 de mayo emitió un segundo comunicado señalando que “el Gobierno Constitucional ratifica su lucha contra todo tipo de violencia hacia la mujer, las niñas y adolescentes y deja en claro su posición establecida en la Constitución Política del Estado y las leyes, de respeto al derecho a la vida desde su concepción hasta la muerte natural”.¹³¹ Con lo cual se asumió una posición cuestionable con la vigencia material de los derechos humanos de las mujeres y sus derechos sexuales y derechos reproductivos.



A nivel departamental, de la información remitida por los SEDES, así como de las entrevistas realizadas a las/los servidoras públicas se destacan las acciones realizadas por Chuquisaca y Potosí. El primero porque emitió instructivos a los centros de salud y hospitalarios para que se garantice a todas las usuarias la provisión de anticonceptivos, ILE, atención y detección de ITS, control prenatal, atención a víctimas de violencia sexual y de género, atención diferenciada en los establecimientos de salud, para que las diferentes instancias tomen diferentes estrategias y protocolos. Asimismo, se emitió un instructivos para la adquisición de insumos y medicamentos para garantizar la dotación en la red departamental.¹³² El segundo, Potosí, puso en marcha un “Protocolo de atención domiciliar a mujeres gestantes y puérperas”, que establece los procedimientos que se deben seguir en los centros de salud para prevenir el contagio del COVID-19 en las mujeres gestantes, estableciendo adaptaciones como el triple triaje para la atención prenatal y el seguimiento a los embarazos a través de llamadas telefónicas.

En relación a los restantes SEDES, de las entrevistas efectuadas se advierten algunos esfuerzos regionales de planificación que se hubieran realizado para brindar continuidad a los SSSR como en el caso de Santa Cruz, o en Oruro la realización de talleres para visibilizar la importancia que tienen estos servicios¹³³, no obstante, la coyuntura de la pandemia, los niveles de contagio, y los demás obstáculos que se detallarán más adelante impidieron que estos se materialicen.

2.2 DERECHO A ACCEDER A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y DE SALUD REPRODUCTIVA.

La pandemia y la determinación de medidas restrictivas¹³⁴, ha limitado el ejercicio de derechos, no obstante, el impacto sobre los mismos es diferenciado, siendo uno de los más adversos el generado sobre el derecho de acceso a la salud y en concreto a los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Si bien se dispuso de forma expresa que los servicios de salud se encontraban exceptuados de la suspensión de actividades, de las entrevistas sostenidas con servidoras/res públicas y OSC se tiene que, durante las primeras semanas de la declaratoria de la cuarentena, los centros de salud de los primeros niveles de atención se encontraban cerrados. Las causas que mayormente se aducen fue la falta de equipos de protección personal (EPP) para las/los servidoras de salud y para las/los usuarios.

Por otra parte, y pese a que se estableció que tanto los servicios de salud como las instituciones privadas y particulares que brindan atención y cuidado a población vulnerable, no se encontraba dentro de estas restricciones,¹³⁵ instituciones como las Defensorías de la Niñez y la Adolescencia (DNA) y Servicios Legales Integrales Municipales (SLIM) que brindan asesoramiento psicológico, social y legal a la niñez, adolescencia y mujeres, tuvieron que tramitar autorizaciones de transitabilidad. Similares circunstancias atravesaron instituciones privadas como CIES y Marie Stopes que prestan servicios en salud sexual y salud reproductiva, viéndose obligados a tramitar permisos de circulación vehicular para el traslado de personal a los centros de salud.

Inicialmente se determinaron centros específicos para la atención del COVID-19, no obstante, la difusión de qué centros y/u hospitales fueron derivados los otros servicios no fue clara ni mucho menos masiva, lo cual generó incertidumbre y confusión en las usuarias, sobre a dónde podían acudir, especialmente durante los primeros meses de la pandemia.



En cuanto al personal del sistema de salud público, se asignó equipos específicos para la atención de la emergencia sanitaria, no obstante, en departamentos en los cuales los niveles de contagio fueron altos y el sistema de salud colapsó rápidamente, tanto personal médico como administrativo que cumple funciones en los programas de salud sexual y salud reproductiva, fueron transferidos a los centros centinelas,¹³⁶ u ocupados en la atención de la pandemia, a cargo de las centrales telefónicas para asesoramiento en materia de COVID-19. En determinado momento los servicios sanitarios no contaron con personal alguno por los altos niveles de contagio e incluso fallecimientos.

Los diferentes centros y hospitales se vieron obligados a cerrar¹³⁷ lo cual generó la disminución y suspensión de servicios, como las maternidades y hospitales de la mujer. En algunos casos el cierre se dio por una semana, en otros por mucho más tiempo debido a que no se contaba con personal que sustituya al contagiado. En la ciudad de La Paz, de acuerdo a la entrevista sostenida con la Responsable de Programa del Continuo de la Vida¹³⁸ se tiene que “los principales obstáculos han sido las bajas de personal de salud, las cuales han sido significativas e importantes en relación a cantidad, y en conjunto entre redes urbanas y rurales, se movió al personal a centros centinelas para seguir dando atención a la población”. En esta coyuntura se reorganizó la red materno infantil, así como las redes de referencia a centros de salud.

En algunos departamentos del país, los niveles de contagio, el colapso del sistema de salud y los fallecimientos de personal sanitario provocó que tanto centros públicos como privados suspendieran cualquier tipo de servicio médico, incluidos los SSSR.¹³⁹ Se llegaron a organizar brigadas de voluntarios para trasladarse a determinados puntos del país para brindar asistencia médica. Uno de los primeros departamentos que atravesó esta situación fue Beni.¹⁴⁰

“Lo que pasa es que hubo un colapso del sector de salud (en Beni), hay un hospital que está en cuarentena y necesita personal médico especializado”; indicó el director del Servicio Departamental de Salud (SEDES) de La Paz, René Sahonero.¹⁴¹

De acuerdo al Plan de Respuesta ante la Emergencia por COVID-19 “la urgencia que supone la atención de casos de COVID-19 y la merma del personal de salud expone a las mujeres embarazadas y a las víctimas de violencia, tanto al contagio de coronavirus, como a una inadecuada atención de salud, lo que puede derivar en el incremento de la mortalidad materna y/o neonatal. Dichas limitaciones suponen también una disminución de la capacidad de atención en salud sexual y reproductiva”.¹⁴²

Otro aspecto que influyó de forma determinante y limitó el acceso al sistema de salud fue la estigmatización que se generó tanto a las personas con COVID-19 así como al personal de salud que prestaba servicios, los medios de comunicación reflejaron un sinnúmero de hechos entre agresiones verbales, amenazas y coacciones hasta agresiones físicas en contra del personal sanitario.¹⁴³

“Se difundió un video en el cual se observa a un grupo de personas que impide la circulación de una enfermera en su vehículo. En el audio del video que ella misma grabó se oye cómo los movilizados amenazan con quemar el vehículo y arrojarlo al río, además de que le exigen una “colaboración”.¹⁴⁴

En algunos casos, todas/os los médicos, enfermeras e incluso el personal administrativo fueron replegados por amenazas de muerte y por la presión de una parte de la población, dejando sin atención no sólo a esa localidad sino a otras colindantes como en caso de Caranavi, municipio del departamento de La Paz.¹⁴⁵

*“Lo que pasa es que han hecho escapar a una doctora porque querían quemarla por haber dicho que había un caso, entonces hay que tener cuidado con la información porque la población no reacciona adecuadamente. Los pobladores no querían que se diga que hay coronavirus”, dijo a Página Siete el director del Servicio Departamental de Salud (Sedes) de La Paz, René Sahonero.*¹⁴⁶

La reinstalación de estos servicios también fue compleja, no sólo por el temor de la ciudadanía al contagio, las estigmatizaciones, prejuicios y desinformación, sino también porque no se contaban con las condiciones mínimas para continuar con los servicios.

La inaccesibilidad a pruebas por COVID-19 fue otro elemento que influyó en limitar el acceso a SSSR. En la ciudad de La Paz en un primer momento, y ante la falta de determinaciones, si era o no competencia del municipio el hacerse cargo de la compra de pruebas, se estableció que las usuarias debían acudir a un laboratorio¹⁴⁷ para la realización del análisis, circunstancia que generó mayores barreras de acceso, primero porque las pruebas para COVID-19 eran excesivamente caras, los precios de las mismas llegaron a oscilar entre 880 y 1000 Bs (alrededor de 150 dólares)¹⁴⁸, resultando inaccesibles para las mujeres y personas de sectores más vulnerables y empobrecidos, y segundo porque los resultados tardaban demasiado, y durante todo ese tiempo las personas no eran atendidas. Ante las limitaciones que generó estas medidas, los servicios departamentales han provisto de kits de pruebas rápidas a los centros, especialmente para la atención de mujeres con emergencia ginecológica u obstétrica o que requerían una atención de emergencia. El Ministerio de Salud sólo ha validado las pruebas PSR para detectar la presencia de coronavirus.

En este sentido, fueron importantes las donaciones realizadas por organismos internacionales, tanto en pruebas como termocicladores, para que los resultados sean más pronto y certeros, pero no fue suficiente y la problemática fue latente en todo el país.

En relación a adaptaciones que se hubieran determinado para la oferta de SSSR, de la recolección de información y datos brindados por los SEDES, no se identifica que se haya emitido directrices específicas desde el nivel central, por el contrario, se ha dejado que cada centro de salud y hospitalario genere sus propias adaptaciones de acuerdo a sus condiciones. En la mayoría de los casos se han limitado a implementar el triaje como mecanismo de identificación de personas con COVID-19, así como la asignación de personal y áreas diferenciadas. Uno de los mayores obstáculos que se atravesó para materializar estas medidas, fue no contar con personal suficiente, ni infraestructura que permita espacios con condiciones necesarias para brindar una atención con calidad y calidez.

Durante la gestión 2017, el Ministerio de Salud inició el Programa Nacional de Telesalud señalando que “es la (red) más extensa de Sudamérica beneficiando a los pacientes que habitan en las áreas más remotas del país con interconsultas dictadas por médicos especialistas de las ciudades”¹⁴⁹, con 340 puntos a nivel nacional. El programa administrado por los municipios, es un sistema de enlaces con especialidades que permite la interacción entre profesionales



del sistema de salud del área rural y urbana para hacer la referencia con los especialistas. De las entrevistas realizadas, se advierte que durante el período enero a junio, en los municipios que tenían implementado el sistema, éste estuvo funcionando, no obstante, la atención no fue exclusiva para SSSR ni se coordinó actividades preventivo promocionales.

Respecto a telemedicina, entendida como la atención y orientación a pacientes de manera virtual para que sólo acudan a un centro de salud si fuere necesario, el mismo no se ha implementado aún en el sistema de salud público, pero se estaría iniciando programas pilotos, especialmente para los primeros niveles,¹⁵⁰ asimismo, en relación a atención ambulatoria, se reporta que no se hubiera podido implementar atención ambulatoria para brindar SSSR.

Si bien las/los servidores de los SEDES refieren que las áreas rurales y periurbanas tuvieron menores niveles de contagio en comparación con los municipios más poblados, y que los centros de salud trabajaron de manera continua y permanente, además de contar con el sistema de telesalud para la interconsulta entre las/los profesionales de salud, las OSC y activistas/defensores de derechos humanos señalan que las restricciones de la pandemia limitaron de mayor manera a las usuarias debido a que las mismas tuvieron que atravesar mayores obstáculos para trasladarse y acceder a un centro de salud, además, estas poblaciones no necesariamente cuentan con sistema de comunicación fluido ni mucho menos con el sistema de telesalud.

Es obligación del Estado facilitar servicios de salud integral a las mujeres, con calidad y calidez y promover el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco del reconocimiento pleno de la diversidad cultural y étnica del país.

2.3 DERECHO A DECIDIR DE FORMA LIBRE, AUTÓNOMA E INFORMADA SOBRE SUS CUERPOS Y SU SEXUALIDAD

La libertad de decidir sí tener relaciones coitales o no, y con qué frecuencia en el marco de una sexualidad segura, se vio limitada al no contar con información ni acceso a métodos anticonceptivos. Asimismo, se vio afectado el derecho a ejercer la sexualidad sin temores, vergüenza ni prejuicios.

Uno de los servicios básicos de salud sexual y salud reproductiva que de mayor manera se vio limitado en el contexto de la pandemia, fue tanto el asesoramiento como la propia provisión de métodos anticonceptivos, especialmente para adolescentes.

De acuerdo a las entrevistas sostenidas, especialmente con activistas que trabajan con esta población¹⁵¹, se tiene que no se establecieron los mecanismos suficientes para brindar acceso a información ni mucho menos a los servicios de anticoncepción. Antes de la pandemia, la dotación de anticonceptivos especialmente para adolescentes ya era excesivamente burocrática y escasa, no sólo porque la/el adolescente para obtener anticonceptivos debía atravesar áreas de orientación de trabajo social y de psicología sino porque incluso, y sin que esté previsto normativamente, se les exigía una carta de

autorización de sus padres. Adicionalmente, cuando un adolescente se aproximaba a un centro de salud se encontraba con una serie de actitudes estigmatizantes, especialmente si era mujer, así como barreras que finalmente desestimulaban su utilización.

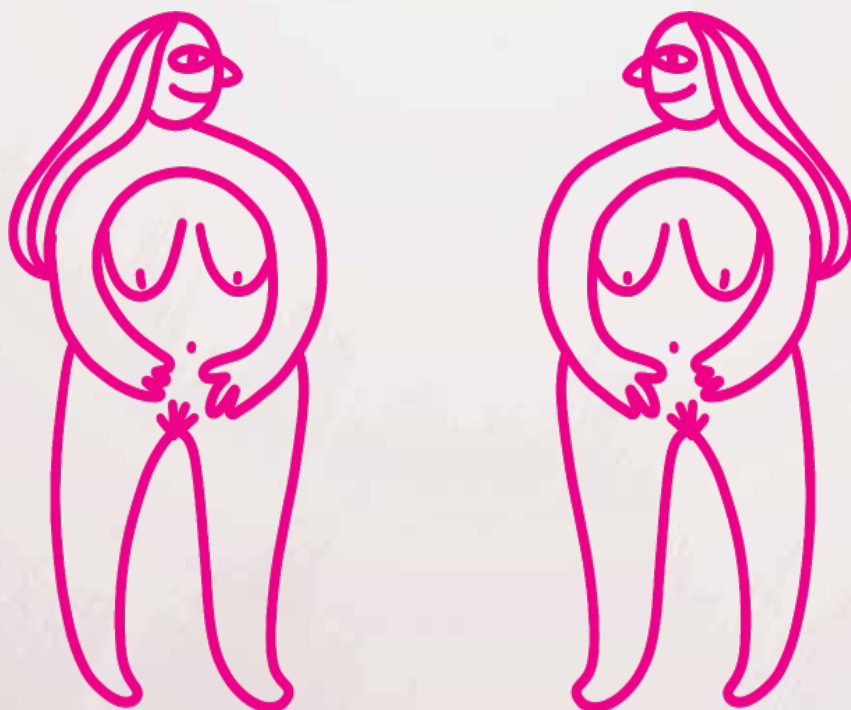
Esta situación se vio más agravada debido a que, para acceder al servicio, el personal de asesoramiento (trabajo social y psicología) no desempeñó funciones con normalidad en los centros de salud ni hospitalarios, pese a que, por los decretos emitidos por el gobierno central, los servicios de salud debían funcionar de forma continua. Asimismo, la nula información sobre el acceso a estos servicios más los altos niveles de contagio incidieron para que adolescentes y jóvenes no se aproximen a los centros de atención.

“Para el Estado (las/los adolescentes) somos asexuados, la sexualidad no está siendo atendida”
(Alicia Arancibia, Consorcio Boliviano de Juventudes)

Estos elementos se contrastan con las entrevistas sostenidas con servidores/ras de los SEDES¹⁵² quienes manifiestan de manera coincidente que evidentemente los primeros niveles del sistema de salud se cerraron, lo cual ha implicado prácticamente la suspensión del servicio en asesoramiento y en provisión de mecanismos de anticoncepción, debido esencialmente, a la falta de material de bioseguridad; no obstante, los segundos y terceros niveles estuvieron funcionando y se pretendió a través de protocolos y de la coordinación con las/los directores de los centros de salud así como de los hospitales y con las/los jefes de área de cada servicio, garantizar la provisión de estos.

En resumen, se ha limitado el abordaje en materia de anticoncepción, pero no se ha restringido de ninguna manera.

En este contexto, tuvieron un rol sumamente importante ONG como IPAS Bolivia y agencias de cooperación como UNFPA que han realizado donaciones de insumos en anticonceptivos, otras



han efectuado alianzas estratégicas con algunos niveles de gobierno a nivel departamental y/o municipal, como Marie Stopes en la ciudad de El Alto¹⁵³ habilitando espacios para brindar este tipo de servicio, con todos los implementos de bioseguridad tanto para el personal como para las usuarias, previa programación de citas y seguimiento telefónico.

En cuanto a los insumos, muchos de los SEDES refieren que hicieron monitoreo sobre la cantidad suficiente; en la mayoría de los casos refieren que los centros de salud no reportaron la ausencia de los mismos, lo cual no coincide con lo referido por las/los activistas entrevistados. De acuerdo a datos que hubieran sido proporcionados por UNFPA, 13000 mujeres han discontinuado métodos anticonceptivos, razón por la que por lo menos 4000 mujeres tendrán embarazos forzados.¹⁵⁴

En relación a la prestación de métodos anticonceptivos en las áreas rurales antes de la pandemia ya se reportaba escases de insumos a tal grado que ni en las farmacias contaban con condones; la fluidez de información y asesoramiento era escasa.¹⁵⁵ De acuerdo a la ONG Casa de la Mujer,¹⁵⁶ que trabaja en municipios de provincia, advertía que en las áreas rurales de Santa Cruz la accesibilidad a anticonceptivos ya atravesaba por una serie de obstáculos.

“La situación de la SSSR ya era crítica antes de la pandemia, y con ésta se ha exacerbado aún más las limitaciones de acceso, en lo menos que se ha pensado fue en la continuidad de métodos anticonceptivos” (Ana Paola García Villagómez, Casa de la Mujer).¹⁵⁷

Los servicios de salud deben ofrecer métodos anticonceptivos saludables, seguros, eficaces, asequibles y sin requerimiento alguno o permisos de padre/madre o esposos, sin ningún tipo de juicio. Las mujeres, tienen derecho a recibir información sobre sexualidad, métodos de anticoncepción y todo lo relacionado a la vida sexual.

La libertad y la autonomía son derechos esenciales y reconocidos constitucionalmente como fundamentales. En el caso de las/los adolescentes, significa ser reconocidos como protagonistas de su propia vida y su derecho a decidir de forma libre, autónoma e informada sobre su cuerpo y su sexualidad conforme a sus facultades en evolución, a elegir libremente el método anticonceptivo para prevenir embarazos no deseados y gestionar la sexualidad de forma responsable, derechos que se ha visto menoscabado al condicionar y limitar el acceso a este tipo de servicios.

2.4 DERECHO A SERVICIOS DE SALUD ESPECIALIZADOS PARA GARANTIZAR LA MATERNIDAD SEGURA

Otro servicio básico de salud sexual y salud reproductiva que se vio seriamente afectado es la atención prenatal, pese a que como se manifestó previamente fue al único al cual se pretendió brindar atención prioritaria, muestra de ello, es que el único documento que el Ministerio de Salud aprobó fue el Plan de Contingencia en Salud Materna por el COVID-19, que fue promovido por las OSC que son parte de la Mesa de Maternidad y Nacimientos Seguros. Sobre la base de este documento, los SEDES emitieron lineamientos y/o directrices para la priorización de la atención materna.

De acuerdo a entrevistas efectuadas a personal de los SEDES¹⁵⁸ se conoce que se han emitido instructivos específicos para que se efectúen planes de contingencia en salud materna, para el

servicio público, seguros de salud y entidades privadas. Estos planes esencialmente preveían la habilitación de líneas telefónicas para el asesoramiento en atención prenatal, identificación de embarazos de alto riesgo a fin de brindar una atención prioritaria a la hora del parto, la provisión de anticonceptivos, atención en pánico para la prevención de cáncer uterino, protocolos específicos en áreas como ginecoobstetricia. En el mes de marzo se pidieron planes a las maternidades, efectuando monitoreos, carteras de servicios, reuniones con segundos y terceros niveles, especialmente para coordinar la atención de mujeres embarazadas de alto riesgo.

Desde el mes de enero, Santa Cruz desarrolló una estrategia para la atención de mujeres gestantes, así como para su atención diferenciada, la cual no se consolidó en un documento, no obstante, ante la explosión de la pandemia en dicho departamento, que tuvo el índice más alto de contagios del país, no se habría podido cumplir con la misma.¹⁵⁹

Cada centro y hospital de salud ha tomado medidas heterogéneas de acuerdo a sus propias realidades, por tanto, estas acciones en resguardo de los derechos de las mujeres gestantes no han sido materializadas en un 100%, como lo reconocen las/los servidoras salubristas, debido a varios factores, entre los que destacan los altos niveles de contagios, falta de recursos humanos, la carencia de medidas de bioseguridad, la falta de infraestructura, entre otros.

Los centros de salud de los primeros niveles en los cuales se prestan servicios en asesoramiento y control prenatal estuvieron cerrados, en algunos casos, incluso por meses, por tanto, prácticamente se suspendió la atención de este servicio desde estas instancias.

En los centros hospitalarios de segundo y tercer nivel, especialmente los primeros meses de la cuarentena, no sabían cómo atender a las mujeres embarazadas y más aún si éstas tenían COVID-19.¹⁶⁰ Si bien algunas clínicas privadas y públicas atendieron partos, no fue así con la atención prenatal.

La atención a las mujeres se condicionó a que cuenten con una prueba negativa de COVID-19, esto dio lugar a que estas tengan que peregrinar por los centros hospitalarios poniendo en riesgo su vida y la de sus recién nacidos, llegando a registrarse nacimientos en las puertas de los centros hospitalarios.

En Cochabamba se denunció que una mujer tuvo que peregrinar por nueve horas, de hospital en hospital, para que finalmente su bebé nazca en un auto que estaba en la puerta de un centro hospitalario, el cual no la quiso atender porque no tenía una prueba negativa de COVID-19.

“Vinimos desde las ocho de la noche, a las doce y a las cuatro de la madrugada. Nos despacharon para qué... para que mi hijo nazca a las 5:20 pero en el auto, nos exigieron esa prueba (de Covid-19). Fuimos al (hospital) Germán Urquidí, al centro de Pacata, al Solomón Klein, al Hospital Mexicano, no nos atendieron” La familia relató que volvieron a llevar a la madre al Hospital Cochabamba, pero dio a luz en el auto, en puertas del nosocomio, con ayuda de su cuñada; 15 minutos después, el personal médico salió a asistirle y solicitó que se firme un documento en el que se afirmaba que el bebé nació dentro el centro médico.”¹⁶¹

La situación era igual de dramática si la usuaria tenía COVID-19, dando como resultado la muerte de algunas de ellas. Así se tiene el caso de una mujer joven madre de 25 años de Chuquisaca. Después de peregrinar en busca de oxígeno por algunos hospitales colapsados, fue sometida a una cesárea para salvar a su bebé que llevó en su vientre durante siete meses, la niña tuvo que ser reanimada y se encontraba en terapia intensiva, la mujer falleció.

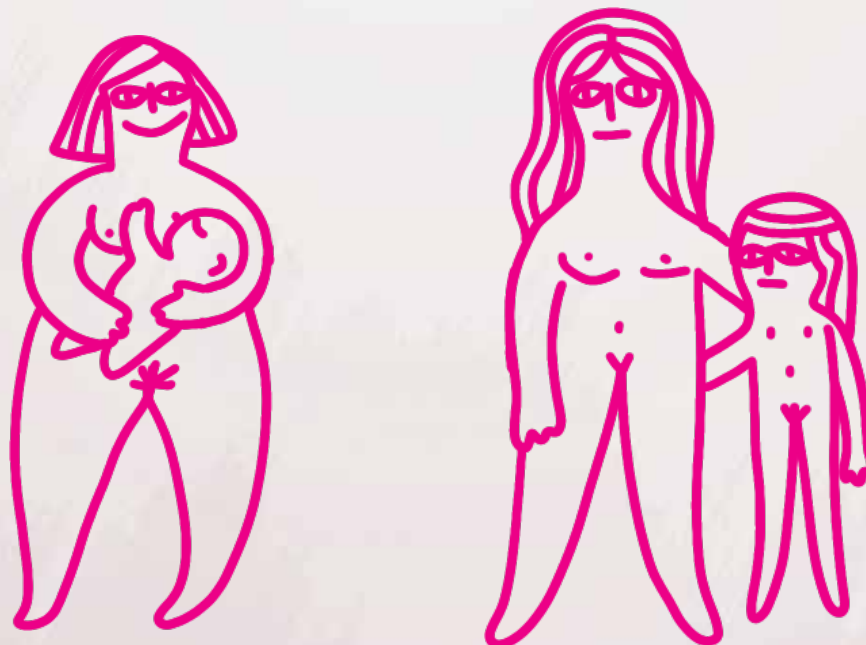
“En primera instancia, sus familiares llevaron a la mujer al hospital Gineco Obstétrico y Neonatal Dr. Jaime Sánchez Porcel, donde no fue recibida por presentar un cuadro de dificultad respiratoria; entonces, el personal de turno la refirió al hospital Santa Bárbara, donde tampoco fue aceptada porque todas las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) se encontraban en su máxima capacidad, situación que motivó su traslado al hospital San Pedro Claver de Lajastambo”¹⁶²

Los familiares denuncian que no la atendieron a tiempo, no le suministraron oxígeno y perdieron horas en el proceso de encontrar un lugar para poder atenderla en una UTI.

“Nadie quería acercarse y no querían ponerle oxígeno”

Consultados los motivos por los cuales se suscitaron estos hechos se tiene que “la referencia de pacientes siempre ha sido una dificultad, que ahora se ha visto mucho más en la atención de emergencia; no ha habido una adecuada información por parte de los médicos que tenían un control prenatal, y partos que tenían que darse en un primer nivel han tenido que darse en un tercer nivel, no hubo un adecuado flujo de referencia, asimismo, si bien todos los centros tienen personal para partos se han visto en un determinado momento saturados y no se ha podido hacer la internación ni atención adecuada”¹⁶³

En algunos departamentos se suscribieron acuerdos con centros hospitalarios privados, en El Alto el Hospital del Norte es exclusivo para COVID-19, por lo que se hizo un acuerdo con el Hospital Agramont y Hospital Villa Dolores para que brinden atención en caso de requerirse terapia intensiva para madres o recién nacidos. En La Paz, el Hospital de la Mujer es centro COVID-19, por lo cual, se están haciendo referencias al Hospital Arco Iris y Hospital Nuestra



Señora de La Paz.¹⁶⁴ Los casos que no requieren terapia intensiva, como cesárea y partos eutócicos deben darse en los centros integrados de salud. En este contexto, se advierte que es radical fortalecer la información de referencia y contra referencia y el seguimiento a los controles prenatales.

En cuanto a los insumos, los primeros y segundos niveles no sufrieron de desabastecimiento, situación contraria a los hospitales del tercer nivel, en los cuales, si se advirtió su disminución, sin embargo, no se proporcionaron datos que permitan verificar esos extremos.

En las áreas rurales, las limitaciones de acceso responden esencialmente a la falta de centros hospitalarios de segundo y tercer nivel, a ello se suma la falta de personal especializado, para la atención de embarazos de alto riesgo. Durante la pandemia, se advirtió que se realizaron referencias de municipios de provincias a ciudades intermedias y ciudades capitales, para lo cual tuvieron que recorrer grandes distancias, lo cual se constituyó en un reto dado que existían limitaciones de transitabilidad. Los obstáculos fueron mayores cuando las mujeres tenían COVID-19, se advierte discriminación, falta de atención, así como maltrato.

En el departamento de La Paz, una mujer joven de 24 años, fue derivada desde Patacamaya, municipio ubicado en la provincia Aroma, en la red troncal del camino La Paz – Oruro, al Hospital del Norte, establecimiento ubicado en la ciudad de El Alto, una de las tres ciudades más grandes de Bolivia, debido a que denunció a través de las redes sociales que en otro nosocomio fue maltratada y que incluso le entregaban sus alimentos por una ventana del baño.

*“Vine en una ambulancia a las tres de la tarde. No me dieron desayuno, estoy aquí, en este cuarto, helada, la comida me pasan por aquí, por el baño, me tengo que subir a esa silla para alcanzar. Estoy desesperada, tengo ocho meses de embarazo”.*¹⁶⁵

En el mes de junio se presentó un caso en el departamento de Chuquisaca: una mujer embarazada que además presentaba COVID-19, no pudo ser atendida en el municipio de Padilla porque el mismo no contaba con las condiciones sanitarias apropiadas, por lo cual, tuvo que ser trasladada a la capital, en un viaje por tierra de 5 horas, y cuando llegó a la ciudad de Sucre las/los profesionales de salud no sabían cómo atenderla siendo derivada de centro en centro hasta que fue aceptada en el Hospital Gineco Obstétrico Jaime Sánchez Porcel, donde se le realizó una cesárea programada.

*“La directora del Gineco Obstétrico, María Elena Ponce, reclamó este sábado que se haya realizado la derivación de la paciente para un procedimiento que puede realizarse en centros de salud de segundo nivel y que pone en riesgo la situación del nosocomio. “Recibimos pacientes de Potosí y de Cochabamba, esta paciente podría ser atendida en un segundo nivel, tranquilamente; estamos poniendo en riesgo la salud de estos pacientes”, reclamó Ponce al especificar que, si bien el hospital tiene un área de aislamiento, este espacio es apto para recibir a la paciente por unas horas hasta que sea derivada a un centro COVID-19, y no por los tres días que estará hasta su recuperación de la intervención quirúrgica”.*¹⁶⁶

La reducción de más del 40% de consultas prenatales en relación con la gestión anterior está poniendo en riesgo la vida no solo de las madres sino también de los neonatos, además de desarrollarse complicaciones que pudieron haberse evitado con un seguimiento eficaz al embarazo de las mujeres gestantes. Todos estos hechos han reforzado la presencia de violencia obstétrica en contra de las mujeres.



Los servicios de salud deben responder a las necesidades específicas de las mujeres, que contribuya a la toma de decisiones informadas y responsables en los diferentes ámbitos de la salud sexual y salud reproductiva. Las mujeres tienen derecho a recibir atención médica en todas las etapas del embarazo, parto, posparto y lactancia sin violencia obstétrica, por tanto, el Estado está obligado a garantizar el acceso a servicios de salud que permita embarazos y partos sin riesgos y brinden las máximas posibilidades de tener hijas/os en condiciones de salubridad estables.

2.5. DERECHO DE LAS MUJERES A VIVIR LIBRES DE VIOLENCIA

La violencia contra las mujeres y las niñas ha sido una constante antes y durante las medidas restrictivas por la pandemia. El año 2020 los hechos de feminicidios iniciaron con cifras escalofriantes, la Fiscalía General del Estado informó que de acuerdo al Sistema de Gestión de Causas Penales¹⁶⁷ durante los primeros siete 7 días del año se registraron 9 casos, cifras muy superiores a las reportadas en el mismo periodo de tiempo los años 2018 y 2019, con 6 y 4 casos, respectivamente. El mes de enero finalizó con 16 feminicidios.

El 14 de enero de 2020, el gobierno transitorio declaró el año de la lucha contra los feminicidios e infanticidios, lo cual implicaba una serie de acciones vinculadas a la atención de hechos de violencia, no obstante, no se tiene información de cuales de éstas se hubieran concretado.

Durante el primer semestre del año, se registraron 59 feminicidios, de los cuales 29 se dieron entre el 23 de marzo y el 31 de junio de 2020, es decir, durante la cuarentena, y si bien estas cifras no superan lo registrado en años anteriores, no dejan de ser elevadas, manteniéndose el promedio de un femicidio cada tres días.

Diferente panorama se tiene cuando se analiza las cifras de violencia sexual en contra niñas, niños y adolescentes, las cuales han ascendido en un 17,5% en relación a la gestión pasada. De acuerdo a los datos proporcionados por el Ministerio Público,¹⁶⁸ para este monitoreo, durante el primer semestre del 2020 se registró un total de 690 casos de violencia sexual contra NNA frente a 587 el 2019, es decir, 110 casos más que los reportados la gestión pasada.

El Departamento de Santa Cruz es, de lejos, el que registra la mayor cantidad de hechos de violencia sexual contra la niñez, con 217, en comparación con los 170 reportados el 2019, evidenciando un incremento de 27,65%. No obstante, la situación de los otros departamentos del país es aún más alarmante en términos porcentuales. Chuquisaca incrementó en 130,8% en comparación con el 2019. Oruro 157%, Potosí 73%, Cochabamba 32%. La Paz y Beni son los únicos que registran una cantidad menor en relación a la gestión pasada.

En el caso de violencia sexual contra mujeres también se advierte un incremento en un 6.5%. El 2020, durante el primer semestre se reportaron 831 frente a 780 casos el 2019.

Santa Cruz es también el departamento que registra la mayor cantidad de casos, lo cual implica un incremento porcentual de 28,6%. Chuquisaca reporta un incremento de un 34,1%, seguido por Potosí con un 24,3% superior a la gestión anterior, finalmente, La Paz registra un incremento de 1,7 %. Cochabamba si bien ocupa el tercer lugar en relación a hechos de violencia sexual, reporta una leve disminución de casos durante el primer semestre comparativamente con la gestión pasada, 108 denuncias frente a 112. Esto no implica que éstos datos dejaron de ser

altos. El resto de los departamentos, reportan una disminución de casos, siendo Oruro y Tarija los más representativos.

Agrupando los datos de violencia sexual contra NNA y Mujeres, se tiene que, durante el primer semestre del año 2020, se registraron 1521 casos, es decir, 8,3 hechos de violencia sexual por día, lo cual implica que incrementaron en un 11,3% en relación a los reportados durante el mismo periodo de tiempo el 2019.

Si bien los departamentos de Santa Cruz y Cochabamba reportan la mayor cantidad e incremento de casos, no pasa desapercibido que Chuquisaca y Potosí porcentualmente registran un incremento de un 70% y 40.5% respectivamente.

Durante la pandemia, el Estado tampoco declaró de manera expresa a los servicios que prestan las instituciones que son parte de la cadena de atención, protección y sanción de hechos de violencia contra las mujeres como servicios esenciales, por tanto, también se generaron barreras adicionales de acceso a la justicia, entre estos, la falta de funcionamiento de las instancias promotoras de denuncias como son las DNA y los SLIM, la ausencia de servidoras/res que son parte de ésta cadena ha sido un constante obstáculo, especialmente en áreas periurbanas y rurales.

Por otro lado, el Ministerio Público emitió el Instructivo FGE/JLP 090/2020 el 21 de marzo, por el cual se instruye “La designación de Fiscales de Materia, así como personal de turno para la atención de casos graves o relevantes, casos en flagrancia y/o aquellos que por su naturaleza requieran de la intervención inmediata”,¹⁶⁹ determinación que dio lugar a interpretaciones y consecuentes tergiversaciones, dado que condicionó la atención de los hechos a estas circunstancias, llegándose incluso a no recepcionar denuncias por hechos de violación si el caso no contaba con un aprehendido.

Por tanto, si bien las cifras son superiores a las registradas el año pasado, es altamente probable que las mismas no reflejen la real magnitud de los hechos de violencia sexual contra las mujeres que se suscitaron en el país en el contexto de la pandemia, que obligó a mujeres y niñas a vivir con sus agresores, sin posibilidades de acceder al sistema de protección ni mucho menos de justicia.

Haciendo un análisis de los datos brindados por el Ministerio Público y el Ministerio de Salud, por un lado, se tiene que se hubieran reportado 8,3 violaciones por día a niñas, adolescentes y mujeres, contradictoriamente a este dato, las interrupciones legales de embarazo hubieran disminuido en este periodo en un promedio de 63%.

Otro dato que llama la atención es que se registraron 2616 atenciones prenatales nuevas antes del quinto mes de embarazo en niñas menores de 15 años; sin embargo, se registran sólo 780 denuncias por delitos de violación NNA.

De estos datos se advierte que, en el caso de violencia sexual, la cuarentena y las medidas restrictivas tuvieron un efecto perverso en la libertad e integridad física y sexual de niñas y mujeres, pues generaron un espacio propicio para la vulneración flagrante de sus derechos.

Adicionalmente, se tiene que antes de la pandemia, el acceso de las mujeres que requerían una ILE era restrictiva y limitativa, por varios factores, por mencionar los más importantes, estaba

condicionada a la presentación de una denuncia por violación; la resistencia de servidoras/res de salubridad de efectuar este procedimiento por razones religiosas, sociales, jurídicas y/o culturales; la falta de conocimiento de las/los operadores del sistema de justicia así como de las/los servidoras del sistema de salud de disposiciones y procedimientos normativos; y la burocratización innecesaria que ha llegado a exigir de la usuaria una solicitud escrita para acceder al servicio.

El Ministerio de Salud, de acuerdo a la información recolectada así como de las entrevistas sostenidas, no emitió ninguna disposición específica que priorice la atención en casos de violencia sexual, no obstante, se advierte que a través de esta Cartera de Estado se hubiera efectuado capacitaciones sobre la atención a víctimas de violencia así como de ILE en época de pandemia, emitiendo lineamientos para la atención de estos servicios, en sentido que los mismos sean considerados emergencia sanitaria, y por tanto se siga el flujo de atención respectivo, reforzándose los centros de salud.¹⁷⁰

Los SEDES entrevistados de manera uniforme han señalado que durante el periodo enero a junio, las ILE se hubieran realizando normalmente,¹⁷¹ asimismo que se hubiera monitoreando que los centros cuenten con los insumos necesarios, especialmente en los hospitales de tercer nivel, que es donde mayoritariamente se efectúan estos procedimientos.

En relación a atención ambulatoria o telemedicina para servicios de ILE, se señala que no se hubiera brindado los mismos.

Adicionalmente, para la prestación de este servicio se determinó la presentación de una prueba de COVID-19, lo cual se constituyó en una barrera adicional, especialmente, en regiones del país en las cuales estas eran escasas o encarecidas o simplemente no existía posibilidad alguna de acceder a las mismas. Las mujeres tuvieron que esperar días e incluso semanas para poder acceder a una ILE. Adicionalmente, los hospitales de tercer nivel -que generalmente realizan estos procedimientos- se encontraban colapsados, con altos niveles de contagio y sin personal



especializado, por lo que, se deduce que las mujeres se vieron obligadas a acudir a mecanismos alternativos que no necesariamente son seguros para su salud e integridad.

En el área rural, un aspecto reconocido por las/los servidores de salud es la urgente necesidad de capacitación constante para el personal sanitario, especialmente, el de provincia y sobre todo en aspectos vinculados a violencia sexual e ILE dado que sigue persistiendo el desconocimiento de ciertas determinaciones o procedimientos para brindar dicho servicio. Por otro lado, la inacción de las DNA se ve de manera más recurrente en el área rural, por varios factores, entre ellos la falta de conocimiento de las/los servidores públicos.

“La Defensoría del Pueblo de Cochabamba reportó que, a una menor de 11 años, en estado de gestación, le negaron la atención médica debido a que no tenía el carnet del Seguro Universal de Salud (SUS). La institución tuvo que intervenir para que la niña sea atendida y dé a luz a su bebé después de ingresar a quirófano de emergencia, de acuerdo con el boletín institucional”¹⁷²

En el contexto de la pandemia, las usuarias víctimas de violencia sexual, atravesaron por barreras adicionales, una de ellas fue la dificultad para trasladarse, debido que no se asumió ninguna medida normativa ni logística desde las instancias de protección de derechos de las niñas, adolescentes y mujeres para facilitar su acceso a los servicios de salud. Adicionalmente, se vieron relegadas en la atención del servicio, postergándose las ILE incluso por semanas, pese a que desde las instancias gubernamentales y de salud se incidió para que las mismas sean consideradas emergencias y en ese contexto sean atendidas prioritariamente. En estos casos, las mujeres optaron por acudir a centros privados sin fines de lucro que les brindaron la atención requerida.¹⁷³

Tanto OSC como activistas desplegaron medios virtuales para brindar atención y/o asesoramiento a mujeres en situación de violencia. En época de cuarentena rígida, en el departamento de La Paz, Católicas por el Derecho a Decidir/Bolivia, instaló mediante WhatsApp, un consultorio de orientación jurídica y un consultorio de atención psicológica, para que las mujeres puedan acceder a información y acompañamiento profesional, sea para prevenir o cortar hechos de violencia, o en su caso verse acompañadas en caso de denuncia ante instancias pertinentes. Ambos servicios fueron incorporados dentro de una agenda de servicios que desde instancias públicas y privadas se estaban brindando para atender la violencia hacia las mujeres.

Dando continuidad a la línea de trabajo cercano con instancias de la Fuerza de Lucha contra la Violencia, la Comunidad de Derechos Humanos y Alianza por la Solidaridad Bolivia, hicieron donativos de materiales de bioseguridad, para el personal que atiende casos de violencia contra las mujeres, debido a la fragilidad presupuestaria del Estado.

El derecho a vivir libres de violencia y a no ser sometidas a ningún tipo de tortura ni a tratos crueles, inhumanos o degradantes, en ningún ámbito, es un derecho reconocido en la Constitución Política del Estado, lo cual implica que ninguna persona o autoridad, en el ámbito familiar, laboral, escolar y de salud, comunitario e institucional, puede ejercer ningún tipo de violencia, incluyendo la sexual, física, psicológica, patrimonial, económica, ni ninguna acción que tenga como finalidad lesionar o dañar la vida, dignidad, integridad y/o libertad de otra persona.

Asimismo, ante la violencia sexual, es obligación del Estado proveer asesoría legal e información y atención médica y psicológica oportuna que incluya tratamiento y profilaxis post exposición, para VIH y otras ITS, anticoncepción de emergencia e interrupción legal y segura del embarazo que hubiera sido producto de una violación, así como acceso a la justicia y reparación del daño, derechos que no se garantizaron de manera efectiva durante la pandemia.

2.6 DERECHO A LA VIDA Y LA SALUD

El Ministerio de Salud emitió un “Plan de Contingencia para las personas con VIH/SIDA”, el cual fue transmitido al programa nacional y a los departamentales de VIH, así como a los centros de referencia y contra referencia, no así para el tratamiento de ITS.

El acceso a los servicios de ITS/VIH durante la pandemia también se vio limitado, las principales restricciones identificadas hacen a la atención de las trabajadoras sexuales y la dotación de medicamentos para las personas con VIH.

En relación a las ITS la atención se limitó a un manejo sindrómico de quienes hubieran acudido a los servicios, y por las limitaciones propias de la pandemia, no se tomaron muestras por el riesgo de contagio.

Entre las adaptaciones reportadas se identifica, al igual que otros servicios, la implementación de áreas de triaje, excepto para el acceso a medicamentos y áreas diferenciadas para la atención las/los usuarios, la dotación de medicamentos sin necesidad de consulta presencial, y su provisión por un mes cuando antes era por 15 días, siendo una de sus principales limitantes el recurso humano, la escasez de material de bioseguridad, así como el presupuesto.

Si bien entre las recomendaciones estaba repartir medicamentos a domicilio para personas con VIH, la mayoría de los establecimientos no contaban con la logística ni medios de transporte, en algunos casos, se hicieron alianzas entre los servicios públicos y las redes ciudadanas de atención a personas con VIH, con las cuales se coordinó la provisión de este servicio, como en el caso de Santa Cruz se contó con la colaboración de la Fundación Igualdad, Red Bol, Vivir en Positivo, entre otras, las cuales asistieron con sus unidades móviles para hacer este servicio.

En este contexto, fue importante la descentralización del servicio de provisión de retrovirales, especialmente por las restricciones de transitabilidad, a diferencia del resto de los departamentos, Santa Cruz es el único que cuenta con 64 centros desconcentrados de dispensación de medicamentos, por lo que, por lo menos en este lugar, no debieron haber tenido ninguna restricción con la atención y provisión, lo que no ocurre en el resto del país, que no cuenta con esta disposición.¹⁷⁴

Cuando se consulta sobre la disponibilidad de insumos y medicamentos, si bien nos han manifestado de manera general que no hubo desabastecimiento, también se reconoce que por las restricciones de la cuarentena rígida y por el miedo al contagio, las personas han dejado de ir a los centros y han abandonado sus medicamentos, poniendo en riesgo su vida, durante este periodo se lamentó la pérdida de vidas de la población que vive con VIH, no a consecuencia del virus sino por otras afecciones, como abdomen agudo, y por la imposibilidad de acceder a un centro de salud.



Ninguna instancia ha reportado que se hubiera realizado adaptaciones como telemedicina para la atención de las/los usuarios, en los servicios de salud sexual y salud reproductiva, a pesar de existir desde gestiones pasadas el programa nacional de telesalud.

De las consultas realizadas a OSC y activistas, se tiene que pese a las recomendaciones internacionales de dotar de medicamentos a las personas que viven con VIH/SIDA para 6 meses, durante los meses de enero a julio los medicamentos se dieron para uno, dos o máximo tres meses sin medir el riesgo que significaba para esta población acercarse a los centros de salud o al salir de su casa por la pandemia, ratificando que hubieron personas que prefirieron no salir y quedarse sin los medicamentos.

Asimismo, se refiere que ante la crisis de falta de equipos e insumos para la atención y detección de COVID-19, se hubiera utilizado equipos y reactivos destinados a la detección y atención de VIH.¹⁷⁵

Por otro lado, según datos del Ministerio de Salud, cada día mueren tres mujeres a causa del cáncer cérvico uterino¹⁷⁶, muertes prevenibles a través de una detección pronta de esta enfermedad. Durante la pandemia la realización de pruebas para la detección de esta enfermedad se ha reducido en un 68% en comparación con el año anterior, situación que atenta directamente contra la vida y la salud de las mujeres en edad fértil.

IPAS Bolivia frente a esta realidad, donó al sistema de salud, insumos diversos y materiales para la bioseguridad de prestadoras/es de salud, pero también para personal administrativo del Ministerio de Salud y otras instancias de salud en los gobiernos subnacionales.

iii. IDENTIFICACIÓN DE PRINCIPALES PROBLEMAS

1. Frágil sistema de salud sexual y reproductiva.

Antes de la llegada de la pandemia por el COVID-19, el sistema de salud boliviano tenía serias observaciones vinculadas al acceso, a la calidad de la atención, a su cobertura, ausencia de personal especializado, medios adecuados, adicionalmente, existían barreras para determinados grupos poblacionales como adolescentes, mujeres indígenas originarias campesinas, personas con discapacidad, así como a determinados servicios, entre ellos, a las interrupciones legales de embarazos y al uso de anticonceptivos, pese al marco normativo que

permite el acceso a este procedimiento cuando una mujer es víctima de un hecho de violencia y cuando su vida o salud se encuentra en riesgo.

La llegada de la pandemia amplió las brechas, haciendo menos accesible la vigencia material de los derechos sexuales y derechos reproductivos, muestra de ello son las cifras de abortos clandestinos, embarazos adolescentes, violencia sexual contra niñas, niños, adolescentes y mujeres.

2. Contexto político y social complejo como resultado la crisis democrática.

En noviembre de 2019, después de los conflictos sociales, se instaló un gobierno transitorio y con ello la designación de nuevas autoridades en todos los niveles del gobierno central e incluso departamental, el cual no estableció una línea de acción concreta en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, y profundizó los obstáculos existentes.

3. Cambio constante de autoridades del Órgano Rector.

Desde que se inició la pandemia en Bolivia, el Ministro de Salud ha cambiado en 3 oportunidades, la primera por renuncia, la segunda por denuncias de corrupción por la adquisición de respiradores con presunto sobreprecio, y la tercera por contagio de coronavirus. Durante los momentos que el contagio registró los picos más altos, la referida cartera de Estado fue asumida interinamente por el Ministro de Defensa.

La falta de una autoridad en esta cartera de Estado evidenció una vez más la frágil institucionalidad del Ministerio, dado que, si bien las autoridades interinas mantuvieron los niveles de coordinación y actividades vinculadas a la atención de la pandemia, todas las demás áreas de trabajo, entre ellas, las vinculadas al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos, no tuvieron respuesta alguna.

4. Falta de coordinación entre los niveles de gobierno para la atención de la pandemia.

El Ministerio de Salud fue declarado el Órgano Rector del sistema de salud durante la Pandemia. Asimismo, en el marco de la emergencia sanitaria nacional y cuarentena total, se dispuso que los SEDES de manera excepcional y temporal pasarían a dependencia técnica, administrativa y de gestión, al Ministerio de Salud, atentando contra la autonomía de los departamentos como entidades territoriales autónomas.

La relación entre el nivel central y departamental fue conflictiva, debido a que influyeron aspectos políticos, lo cual se advirtió en la designación de los directores de los SEDES, unos nombrados por el gobierno central otros por el departamental, renuncias constantes, cambios de personal, no asignación de recursos, aspectos que influyeron de sobremanera en el acceso a servicios de salud en general y más aún en SSSR.

5. Ausencia de políticas públicas que relativizaron los derechos sexuales y derechos reproductivos

Los SSSR no fueron considerados servicios esenciales, lo cual derivó en una ausencia de planificación adecuada para garantizar su acceso, muestra de ello es que hasta la elaboración del presente informe no se aprobó un plan de contingencia para la atención de los servicios sexuales y servicios reproductivos de forma integral y diferenciada.

Asimismo, las restricciones impuestas si bien exceptuaban al personal de salud, lo cierto es que las fuerzas del orden encargadas de controlar el cumplimiento de la cuarentena, exigían la presentación de autorizaciones, incluso a instituciones públicas, por tanto, instituciones que trabajan en la cadena de atención de mujeres y la niñez así como instituciones privadas que prestan servicios en salud sexual y salud reproductiva tuvieron que realizar trámites burocráticos para obtener autorizaciones de transitabilidad para su personal, incluidas médicas/os y enfermeras/ros.

Por otro lado, la falta de una planificación acorde con el contexto, hizo que en el caso de atención en general en anticoncepción, prenatal e ITS/VIH, la atención era previa cita y presentación de documentos (carnet de identidad, carnet de asegurado, entre otros), por tanto, las usuarias que no tenían a mano estos documentos no pudieron programar ni solicitar una consulta.

No hubo difusión de información masivas sobre los SSSR, y cuáles y dónde estaban habilitados, ni por medios de comunicación convencionales ni por redes sociales, por tanto, las usuarias no sabían a donde debían acudir y por tanto peregrinaron de centro en centro para poder ser asistidas.

Hubo una minimización y subestimación de los SSSR, especialmente de los vinculados a anticoncepción. Esta situación ya era advertida antes de la pandemia y con la llegada de ésta se ha acentuado la indiferencia del Estado.

No hubo una propuesta del Estado en función a los SSSR y si ha habido fue muy improvisada y no se ha materializado en acciones concretas.

6. Profundización de una crisis económica.

Antes de que llegue la pandemia al Estado boliviano, este ya se encontraba en una crisis económica producto de los fuertes enfrentamientos políticos y sociales que habían paralizado y bloqueado al país durante el último trimestre de la gestión 2019.

Las medidas asumidas por el Estado, frente a la pandemia como la cuarentena rígida, la suspensión del año escolar entre otras, ha ahondado la crisis en nuestro país.

La mayoría de las mujeres se encuentran en el comercio informal, por lo que, al cortarse toda posibilidad de actividad económica, las mujeres relegaron su salud y más aún su salud sexual y reproductiva, pues su prioridad fue organizarse para hacer ollas comunes, buscar puerta en puerta donaciones de alimentos, generar algún tipo de ingreso económico, incluso a riesgo de contagiarse.



7. Falta de recursos humanos, infraestructura y medios.

El sistema de salud antes de la pandemia ya tenía problemas de personal insuficiente para la atención de los SSSR, durante la emergencia sanitaria esta situación se profundizó.

En casos como la atención de VIH, cada centro sólo contaba con un profesional de salud, por tanto, cuando esta persona fue destinada a realizar otras actividades o finalmente estaba de baja porque estaba contagiada, prácticamente no había personal que preste servicios.

Personal de los SSSR fueron derivados a realizar otras actividades y otros servicios, relacionados con la atención de la pandemia, no obstante, muchos centros de salud y hospitalarios se vieron obligados a cerrar y dejar de brindar servicios.

En algunos lugares el nivel de contagio, la carencia de personal derivó en que no se pueda atender ninguna afección a la salud, esta situación se vio más dramática en ciudades en las cuales incluso el sector privado no tenía capacidad de atención.

La falta de infraestructura también ha sido otro obstáculo para poder brindar atención adecuada con calidad y calidez. Se han habilitado “cuartos” para la atención de mujeres embarazadas con COVID-19 que no contaban con las mínimas condiciones, siendo objeto de denuncias por parte de las usuarias.

Asimismo, hubo dificultades para trasladar medicamentos, especialmente para personas que viven con VIH, en las provincias y zonas alejadas.

8. Inaccesibilidad a barbijos y pruebas para la atención de usuarias.

Los centros de salud y hospitalarios condicionaron la atención a las mujeres a la utilización de barbijos, así como de pruebas de laboratorio de PCR, entre otros, no obstante, estos materiales llegaron a tener costos elevadísimos, inaccesibles para la mayoría de la población, entre estas las mujeres y más aún aquellas que provienen de poblaciones más vulnerables, es decir, mujeres indígena campesinas, con discapacidad, con VIH. Más aún fueron los costos que se elevaron en laboratorios privados que fueron habilitados para brindar este servicio, sin que se observará una acción decidida de los diferentes niveles de gobierno de regular esta circunstancia; lo cual incidió en que las mujeres no accedan a los centros de salud, no sólo porque no contaban con los recursos económicos, sino también porque no se confiaba en el sistema de salud y los mecanismos de seguridad de los centros públicos.

La falta de material de bioseguridad puso en riesgo al personal de salud, ya que no contaron con los insumos suficientes para implementar todas las medidas de seguridad ocasionando un número elevado de contagios y fallecimientos.

9. Los obstáculos de acceso a la salud en el área rural fueron mayores.

Las mujeres de las áreas rurales, al vivir en áreas dispersas, tuvieron muchos más problemas para poder trasladarse a los centros poblados.

Los costos de movilización durante la cuarentena se elevaron muchísimo por las restricciones propias de este contexto, lo que provocaba que las personas, en especial las mujeres,

decidan quedarse en su casa y no acceder a los establecimientos de salud para consultas de anticonceptivos, ILE y/o ITS.

Adicionalmente, los centros de salud en estos lugares no contaban con el servicio, ni con el personal menos con medidas de bioseguridad, los flujos de comunicación y de internet son escasos así que tampoco tenían acceso a información, no había comercio, la pobreza se agudizó, las personas sólo pensaban en poder abastecerse de alimentos en momentos de crisis económica.

10. Incremento de barreras en el acceso a la información.

La falta de información en servicios sexuales y reproductivos ha sido una constante durante la pandemia, si bien se hicieron esfuerzos para reportar los niveles de contagio a nivel nacional y departamental, no se contó con información de centros de salud y hospitalarios, servicios ni horarios habilitados, medios alternativos de atención o asesoramiento.

Estos problemas eran mayores en las áreas rurales, donde prácticamente no se tuvo acceso a ningún tipo de información.

11. Disminución de la demanda por miedo al contagio y a la discriminación.

Durante las primeras semanas de declarada la cuarentena total se advirtió que si bien los centros de salud, especialmente los de segundo y tercer nivel estaban en funcionamiento, se advierte una disminución en la demanda de servicios, sin que las/los usuarios se aproximen a fin de evitar cualquier contagio.

La consigna de “Quédate en Casa” ha sido tan fuertemente difundida por todas las instancias del gobierno acompañado de medidas sancionatorias, que las mujeres relegaron cualquier acceso a los centros de salud.

Posteriormente, cuando los niveles de contagio fueron mayores y colapsaron los sistemas de salud de cada uno de los departamentos, el miedo de acercarse a un centro de salud sumado al temor de ser discriminada se constituyó en barreras adicionales para el acceso a SSSR.

Se ha registrado desde el primer caso, reacciones adversas de cierta parte de la población contra las personas que contrajeron el virus, así como contra el personal y las/los profesionales de salud, sea expulsándolos de las localidades o no permitiendo su ingreso cuando estos acudieron a los domicilios para brindar atención y/o asesoramiento.

12. Falta de ejecución presupuestaria

Si bien no se pudo acceder a la información nacional de la ejecución presupuestaria para los servicios de salud sexual y salud reproductiva los datos proporcionados por tres departamentos son alarmantes en lo que respecta a la ejecución del presupuesto programado para la gestión 2020, corriendo el riesgo de utilizar estos recursos en la atención de la pandemia olvidando una vez más la importancia y la prioridad que tiene la salud sexual y la salud reproductiva en la vida de la población.

De entrevista sostenida con la Responsable de Continuo del SEDES La Paz¹⁷⁷ se tiene que se hubieran emitido instructivos para transferir el presupuesto del área para la atención de la pandemia, por tanto, a la fecha dichas instancias no cuentan con presupuesto alguno.

13. Clausura del año escolar

Unos días antes del inicio de la cuarentena rígida se emite el Decreto Supremo 4260, suspendiendo el año escolar, después de una serie de intentos por normar y garantizar la educación virtual y a distancia, a inicios de agosto se toma la decisión de clausurar el año escolar, esta situación agrava la ausencia de políticas de educación integral de la sexualidad, que si bien no se garantizaba con las clases presenciales, al menos había la posibilidad que desde la sociedad civil se pueda promover acceso a información. Esta situación, repercutirá en el incremento de varios índices negativos en materia de sexualidad y reproducción, en adolescentes y jóvenes, como el fenómeno de baby boom, que aparentemente golpeará fuerte a Latinoamérica y el Caribe y más aún a Bolivia que ya tenía la tasa más elevada de embarazos en adolescentes.

iv. IDENTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS

1. Alianzas estratégicas entre servicios públicos y privados para brindar servicios en salud sexual y salud reproductiva que de manera conjunta han habilitado servicios de atención en métodos anticonceptivos, experiencia que se estaría pretendiendo replicar en otros municipios.
2. Monitoreo a través de llamadas a mujeres embarazadas, especialmente, aquellas que fueron identificadas como de alto riesgo.
3. Generación de brigadas para la detección de COVID-19 a través de visitas domiciliarias, lo que ha permitido a la vez brindar asesoramiento y atención en SSSR, especialmente en anticoncepción, vacunas, etc.
4. Coordinación interinstitucional entre los niveles departamentales y municipales a fin de generar campañas comunicacionales conjuntas.
5. Acceso al servicio de las parteras como alternativas en la atención de partos, en algunos municipios de provincias.
6. Programa desconcentrado de atención y suministro de medicamentos para personas con VIH. Santa Cruz tiene 64 centros distribuidos por toda la ciudad, a diferencia de otros como La Paz y Cochabamba que solo tienen 5 centros cada uno.
7. En lo referido a SSSR, se logró implementar telemedicina en materia de salud sexual y salud reproductiva, poniendo especial atención a mujeres en situación de mayor vulnerabilidad. Las instituciones Marie Stopes Bolivia y CIES han tenido un rol fundamental al brindar estos servicios, fortaleciendo sistemas de atención virtual y brindando orientación en aborto auto suministrado (en los casos de aborto impune, establecidos en la normativa boliviana), en pastillas para que lo puedan hacer ellas con un protocolo, así como contención emocional, atenciones con Unidades Móviles y atención diferenciada en salud para adolescentes.

8. En lo referido a DSDR, Católicas por el Derecho a Decidir Bolivia, IPAS, la Comunidad de Derechos Humanos, Psinergia, Alianza por la Solidaridad, Colectivo Rebeldía, Casa de la Mujer, brindaron, de forma innovadora, aportes significativos para la promoción y defensa de estos derechos. En el caso de la población GLBTI, ADESPROC Libertad, Fundación Igualdad e IGUAL, realizaron seguimiento a casos específicos de vulneraciones de derechos de esta población.

Instituciones privadas sin fines de lucro que brindan SSSR lograron implementar durante este periodo la modalidad de telemedicina para los servicios de salud sexual y salud reproductiva, y brindar atención a mujeres en situación de mayor vulnerabilidad. Entre ellos Católicas por el Derecho a Decidir, UNFPA, IPAS, Marie Stopes y CIES han tenido un rol fundamental para poder brindar estos servicios a las mujeres.

Por otro lado, algunas organizaciones de la sociedad civil, fortaleció su sistema de atención virtual y brinda orientación en aborto auto suministrado (en los casos de aborto impune, establecidos en la normativa boliviana), en pastillas para que lo pueda hacer ellas con un protocolo, así como contención emocional. Por otro lado, en Santa Cruz, desde la institución “Casa de la Mujer” se hizo una aplicación virtual, para hacer consulta con la persona que requiera, información sobre derechos sexuales y derechos reproductivos.

9. La apertura de agencias de cooperación ha sido fundamental; es el caso de la Asociación Sueca para la Educación Sexual (Riksförbundet för Sexuell Upplysning) – RFSU, Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, Fundación Bergstrom, IPPFWHR, Fondo de Mujeres del Sur, Fondo de Solidaridad Socialista, FOS, además de donantes anónimos.

3. CONCLUSIONES

RESPECTO A LA RESPUESTA DEL ESTADO

Existe un marco normativo internacional y nacional favorable para el ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, sin embargo, no fue prioridad del Estado garantizar el acceso a los mismos.

En el marco de la pandemia, no se consideró a los servicios de salud sexual y salud reproductiva como “servicios esenciales”, no se priorizó políticas, acciones ni medidas que promuevan ni garanticen el ejercicio pleno de estos derechos.

La multicrisis, dificultó la coordinación entre niveles de gobierno en el desarrollo de acciones estratégicas e integrales para hacer frente a la emergencia sanitaria y responder a las recomendaciones de la CIDH.

La inexistencia de información y datos oficiales, o sistemas de acceso a información y rendición de cuentas, es una debilidad estatal que amerita ser subsanada, sobre todo en lo referido a servicios de salud sexual y salud reproductiva.

RESPECTO AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Se suspendieron gran parte de los servicios en materia de SSSR, siendo, la provisión de métodos anticonceptivos, especialmente para las/los adolescentes, uno de los servicios más afectados, en la época de cuarentena rígida por COVID - 19.

Se acrecentaron los obstáculos y los requerimientos innecesarios para acceder a la ILE durante la emergencia sanitaria, especialmente, cuando ésta responde a hechos de violencia sexual, debido a que tampoco se garantizaron los servicios que prestan las instituciones que son parte de la cadena de atención de hechos de violencia, la ausencia de una articulación interinstitucional, y las propias medidas restrictivas de transitabilidad que imposibilitaron incluso la presentación de una denuncia.

Se pretendió generar mecanismos para garantizar a las mujeres atención prenatal y partos seguros, no obstante, se identificó maltrato, negligencia, tratos vejatorios e incluso hechos de violencia obstétrica hacia las usuarias por parte del sistema de salud.

Las barreras sociales e institucionales ya existentes para acceder a una ILE se agudizaron durante la emergencia sanitaria del COVID-19, por la imposibilidad de llegar a las instancias de denuncia por la distancia y por estar pasando la cuarentena en un mismo espacio con el agresor.

No se hizo ninguna adaptación eficaz para que la población en general pueda acceder a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, situación que ahonda brechas sociales de la población más vulnerables (niñas, indígenas, personas con discapacidad, personas con VIH) que fueron más afectadas por las restricciones y/o suspensiones de estos servicios.

RESPECTO AL TRABAJO DE INSTITUCIONES NO GUBERNAMENTALES

La pandemia no sólo evidenció las debilidades del sistema de salud, sistema educativo, en los tres niveles del Estado, sino que mostró la necesidad de implementar un trabajo coordinado con la sociedad civil, desde donde se brindó soporte técnico, financiero y trabajo comprometido de defensa de los derechos, salud sexual y salud reproductiva, por lo que se precisa tener un trabajo coordinado y sostenido, cada quien, cumpliendo sus roles, pero todos a favor de la dignidad de las personas.

La población valora el trabajo y compromiso que están realizando diferentes instituciones de la sociedad civil en su tarea por difundir información por diferentes medios y dar atención, respecto a los DSDR, pero sobre todo a instituciones que brindan acceso a salud sexual y salud reproductiva, como es el caso de Marie Stopes y CIES.

RESPECTO A LAS CONSECUENCIAS

La imposibilidad de las mujeres de acceder a servicios básicos en salud sexual y salud reproductiva generará un incremento de embarazos no planificados, de abortos inseguros, y mayores tasas de mortalidad materna.

La falta de asesoría anticonceptiva adecuada (que disminuyó en un 36% en comparación a la gestión anterior) puede desembocar en el mal uso de los mismos, en problemas hormonales o embarazos de alto riesgo.

Se advierte un incremento de la violencia obstétrica y la deshumanización del sistema de salud. Las mujeres, con o sin COVID-19 han sufrido maltrato, discriminación y vulneraciones a sus derechos humanos y a sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

RECOMENDACIONES

Tomar en cuenta la Consideración 53 de la SACROI CIDH, de manera urgente, para tomar previsiones en un supuesto segundo escenario de crisis sanitaria por COVID - 19, respetando los estándares en materia de derechos humanos y protocolos, guías y similares en lo referido a la SSSR.

Dar lectura detallada – las autoridades de salud - del presente monitoreo, para considerarla como una línea de base, para enfrentar acciones importantes e inmediatas, en los siguientes días.

NOTAS DE REFERENCIA

- 1 Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Disponible en: <https://www.boliviasegura.gob.bo/archivos/4179.doc.pdf>
- 2 Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Disponible en: <https://www.boliviasegura.gob.bo/archivos/4196.doc.pdf>
- 3 Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Disponible en: <https://www.boliviasegura.gob.bo/archivos/4199.doc.pdf>
- 4 Constitución Política del Estado. Artículo 272. La autonomía implica la elección directa de sus autoridades por las ciudadanas y los ciudadanos, la administración de sus recursos económicos, y el ejercicio de las facultades legislativa, reglamentaria, fiscalizadora y ejecutiva, por sus órganos del gobierno autónomo en el ámbito de su jurisdicción y competencias y atribuciones.
- 5 Constitución Política del Estado. Artículo 297. I. Las competencias definidas en esta Constitución son: 1. Privativas, aquellas cuya legislación, reglamentación y ejecución no se transfiere ni delega, y zze están reservadas para el nivel central del Estado. 2. Exclusivas, aquellas en las que un nivel de gobierno tiene sobre una determinada materia las facultades legislativa, reglamentaria y ejecutiva, pudiendo transferir y delegar estas dos últimas. 3. Concurrentes, aquellas en las que la legislación corresponde al nivel central del Estado y los otros niveles ejercen simultáneamente las facultades reglamentaria y ejecutiva. 4. Compartidas, aquellas sujetas a una legislación básica de la Asamblea Legislativa Plurinacional cuya legislación de desarrollo corresponde a las entidades territoriales autónomas, de acuerdo a su característica y naturaleza. La reglamentación y ejecución corresponderá a las entidades territoriales autónomas. II. Toda competencia que no esté incluida en esta Constitución será atribuida al nivel central del Estado, que podrá transferirla o delegarla por Ley.
- 6 Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Decreto Supremo 4200. Artículo 12.
- 7 Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley 1293 de 1 de abril de 2020
- 8 <https://www.minsalud.gob.bo/3895-como-funciona-el-sistema-de-salud-en-bolivia>.
- 9 Organización Mundial de la Salud. Guía operativa para el mantenimiento de los servicios de salud esenciales en el contexto del brote del COVID-19. marzo de 2020. Disponible en su versión en inglés en: <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>.
- 10 Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLACAI). La Salud Reproductiva Como Servicio Esencial De Salud. Documento de análisis de la recomendación 53 de la Resolución 01/2020 de la CIDH.
- 11 La Comisión Interamericana de Derechos Humanos hace un llamado a los Estados a incorporar la perspectiva de género en la respuesta a la pandemia del COVID-19 y a combatir la violencia sexual e intrafamiliar en este contexto. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/074.asp>
- 12 http://www.oas.org/es/cidh/SACROI_COVID19/#:~:text=La%20SACROI%20representa%20un%20avance,derechos%20humanos%20en%20la%20regi%C3%B3n.
- 13 Acompaña al correo electrónico, el documento respectivo.
- 14 Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro. Monitoreo de Políticas de Salud Reproductiva en el Marco de las Respuesta al Brote de Covid-19 y Acciones de Incidencia a Nivel Nacional para Fortalecer el Acceso a Servicios Esenciales de Salud Reproductiva a Nivel Nacional.

- 15 Idem.
- 16 Comunicado “Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuenta el género en la crisis del COVID-19”. Ver Anexo 1
- 17 Ministerio de Relaciones Exteriores. Disponible en: <https://www.cancilleria.gob.bo/webmre/comunicado/3894>. Ver Anexo 2
- 18 Ministerio de Relaciones Exteriores. Disponible en: <https://www.cancilleria.gob.bo/webmre/comunicado/3896>. Ver Anexo 3
- 19 “Plan de Contingencia Salud Materna Bolivia en el contexto del Covid – 19”. Ver Anexo 4
- 20 “Plan de contingencia Covid-19 para la atención de personas viviendo con VIH/SIDA”. Ver Anexo 5
- 21 “Protocolos de atención domiciliaria a mujeres gestantes y puérperas con aro y casos sospechosos de Covid – 19”. Ver Anexo 6
- 22 Plan de respuesta a emergencia por el Covid-19. Ver anexo 7.
- 23 Instructiva área continuo del curso de la vida 002/2020. Ver anexo 8.
- 24 Entrevistas estructuradas realizadas a la Institución Marie Stopes Bolivia y a la Institución CIES. Ver Anexo 9 y 10.
- 25 Entrevistas estructuradas realizadas a la Institución Marie Stopes Bolivia y a la Institución CIES. Ver Anexo 9 y 10.
- 26 “Plan de Contingencia Salud Materna Bolivia en el contexto del Covid – 19”. Ver Anexo 4.
- 27 “Plan de contingencia Covid-19 para la atención de personas viviendo con VIH/SIDA”. Ver Anexo 5.
- 28 “Plan de contingencia Covid-19 para la atención de personas viviendo con VIH/SIDA”. Ver Anexo 5.
- 29 “Protocolos de atención domiciliaria a mujeres gestantes y puérperas con aro y casos sospechosos de Covid – 19”. Ver Anexo 6.
- 30 “Plan de Contingencia Salud Materna Bolivia en el contexto del Covid – 19”. Ver Anexo 4.
- 31 “Plan de contingencia Covid-19 para la atención de personas viviendo con VIH/SIDA”. Ver Anexo 5.
- 32 “Protocolos de atención domiciliaria a mujeres gestantes y puérperas con aro y casos sospechosos de Covid – 19”. Ver Anexo 6.
- 33 Instructiva área continuo del curso de la vida 002/2020. Ver anexo 8.
- 34 Entrevistas realizadas a activistas por los derechos sexuales y reproductivos e instituciones de la sociedad civil. Ver Anexo, 9, 10, 21 y 22
- 35 Entrevistas realizadas a activistas por los derechos sexuales y reproductivos e instituciones de la sociedad civil. Ver Anexo 9, 10, 21 y 22
- 36 Instructiva área continuo del curso de la vida 015/2020. Ver anexo 8.
- 37 Entrevistas representantes de la sociedad civil. Ver Anexo 21 y 22
- 38 Entrevistas representantes de la sociedad civil. Ver Anexo 23
- 39 Notas de prensa referente a los insumos de VIH. Ver Anexo 24
- 40 Respuesta Sedes La Paz. Ver anexo 52.
- 41 Entrevista al programa nacional de VIH/ITS/SIDA y respuesta remitida. Ver anexo 16 y 25.

- 42 Notas de prensa respecto al cierre de centros de salud y entrevista a activistas por los derechos humanos. Ver anexo 28 y 29
- 43 Entrevistas a activistas de la sociedad civil y entrevista UNFPA. Ver Anexo 29 y 36.
- 44 Notas de Prensa, respuesta de Tarija y entrevista IPAS. Ver Anexo 18, 28 y 35.
- 45 Información disponible en https://correodelsur.com/local/20200727_una-joven-fallece-por-covid-19-tras-dar-a-luz-por-cesarea-su-hija-lucha-en-cuidados-intensivos.html
- 46 Según datos del UNFPA en base al EDSA 2016 y SNIS 2019. Ver Anexo 30.
- 47 Base de datos elaborada en base a datos oficiales del SNIS. Ver anexo 31
- 48 Entrevistas a activistas e instituciones de la sociedad civil. Ver Anexo 21, 22 y 29
- 49 Según datos del UNFPA en base al EDSA 2016 y SNIS 2019. Ver Anexo 30.
- 50 Según datos del UNFPA en base al EDSA 2016 y SNIS 2019. Ver Anexo 30.
- 51 Base de datos elaborada en base a datos oficiales del SNIS. Ver anexo 31
- 52 Entrevistas representantes de la sociedad civil. Ver Anexo 23.
- 53 Entrevista Ginecólogo de seguros de salud y a responsable de ITS/VIH Oruro. Ver Anexo 27 y 32.
- 54 Entrevista a representante de la sociedad civil, entrevista al programa nacional de VIH/ITS/SIDA y respuesta remitida. Ver anexo 16, 23 y 25.
- 55 Entrevista a responsable de ITS/VIH Oruro. Ver Anexo 27.
- 56 Entrevista a responsable de ITS/VIH Santa Cruz. Ver Anexo 46.
- 57 Entrevista representante de la sociedad civil y entrevista a persona de salud de los SEDES. Ver anexo 22 y 33.
- 58 Presentación de la investigación “Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en tiempos de COVID en los municipios de La Paz y Santa Cruz” realizada por Bethel Núñez disponible en <https://www.facebook.com/watch/?v=1267535390256527&extid=rGstIOPx7kmzyZ0n>
- 59 Término médico utilizado para clasificar a las y los pacientes según la urgencia de su atención.
- 60 Entrevista equipo UNFPA Potosí, entrevista Sedes Potosí. Ver Anexo 33 y 34.
- 61 Entrevista SEDES Oruro. Ver Anexo 20.
- 62 Entrevista a representantes de la sociedad civil. Ver anexo 9 y 35.
- 63 Entrevista a representantes de la sociedad civil. Ver anexo 9 y 35.
- 64 Entrevista a representantes de la sociedad civil. Ver anexo 9 y 35.
- 65 Entrevista a representantes de la sociedad civil. Ver anexo 9 y 35.
- 66 Entrevista a representantes de la sociedad civil. Ver anexo 9 y 35.
- 67 Entrevistas a activistas e instituciones de la sociedad civil. Ver Anexo 21, 22 y 29
- 68 Entrevistas representantes de la sociedad civil. Ver Anexo 36 y 37.

- 69 Entrevista médicos ginecólogos de seguros y entrevistas a instituciones de la sociedad civil. Ver Anexo 9, 10 y 32
- 70 Entrevistas a representantes de la sociedad civil (Ver anexo 21 y 29)
- 71 Base de datos elaborada en base a datos oficiales del SNIS. Ver anexo 31.
- 72 Entrevista activista por los derechos sexuales. Ver anexo 21.
- 73 Entrevistas activistas por los derechos sexuales. Ver anexo 21 y 39
- 74 Base de datos elaborada en base a datos oficiales del SNIS. Ver anexo 31.
- 75 Entrevistas personales de salud y representantes de la sociedad civil. Ver anexos 23, 15 y 27.
- 76 Respuesta del programa nacional de ITS/VIH y base de datos elaborada en base a datos oficiales del SNIS. Ver anexo 16 y 31.
- 77 Base de datos elaborada en base a datos oficiales del SNIS. Ver anexo 31.
- 78 Respuesta del programa nacional de ITS/VIH. Ver anexo 16.
- 79 Entrevista red nacional de personas que viven con VIH. Ver anexo 23.
- 80 Base de datos elaborada en base a datos oficiales del SNIS. Ver anexo 31.
- 81 Respuesta del programa nacional de ITS/VIH. Anexo 16.
- 82 Respuesta del programa nacional de ITS/VIH. Anexo 16.
- 83 Entrevista a personal de salud. Ver anexo 20 y 33.
- 84 Entrevista a servidores de salud y representantes de la sociedad civil. Ver anexo 33 y 36
- 85 Nota de prensa. Ver anexo 39
- 86 Base de datos elaborada en base a datos oficiales del SNIS. Ver anexo 31.
- 87 Entrevista personal de salud Potosí y representantes de la sociedad civil. Ver anexo 33 y 34.
- 88 Disponible en el siguiente enlace <https://www.facebook.com/sedescochabamba/posts/3154409711320409>
- 89 Según entrevista con el Programa Nacional de ITS/VIH. Ver anexo 25 y 40
- 90 Disponible en <https://www.facebook.com/watch/?v=2874221182688591&extid=IkFkKfaAUwayVzCF> <https://www.facebook.com/watch/?v=244999946947960&extid=yOlkskXsNmbYCI7V> y Ver anexo 41
- 91 Entrevistas a personal de salud y a representantes de la sociedad civil. Ver anexo 33, 34 y 37
- 92 Respuestas de los servicios departamentales de salud. Ver anexo 14, 17, 19 y 53
- 93 Indicadores del Instituto Nacional de Estadística. Ver anexo 42
- 94 Información disponible en el siguiente enlace <http://www.nu.org.bo/noticias/naciones-unidas-en-linea/bolivia-tiene-el-nivel-mas-alto-de-mortalidad-materno-infantil/#:~:text=Una%20informaci%C3%B3n%20de%20la%20Encuesta,%2C%20y%20parto%20prolongado%20%25>.
- 95 Respuesta Snis Chuquisaca. Ver anexo 13
- 96 Respuesta Snis Beni. Ver anexo 12.

- 97 Respuesta Snis Oruro. Ver Anexo 38
- 98 Respuesta Snis. Ver anexos 12, 13 y 38
- 99 Base de datos elaborada en base a datos oficiales del SNIS. Ver anexo 31.
- 100 Según datos del UNFPA en base al EDSA 2016 y SNIS 2019. Ver Anexo 30.
- 101 Según datos del UNFPA en base al EDSA 2016 y SNIS 2019. Ver Anexo 30.
- 102 Base de datos elaborada en base a datos oficiales del SNIS. Ver anexo 31.
- 103 Información disponible en el siguiente enlace <https://www.reduno.com.bo/noticias/de-enero-a-julio-bolivia-tiene-una-media-de-90-embarazos-por-dia-en-ninas-y-adolescentes-202092612911>
- 104 Datos oficiales de la Fiscalía General del Estado. Ver Anexo 44
- 105 Datos proporcionados por IPAS. Ver anexo 43.
- 106 Respuesta Snis Chuquisaca. Ver anexo 13
- 107 Datos proporcionados por IPAS. Ver anexo 43
- 108 Respuesta Snis Chuquisaca. Ver Anexo 13.
- 109 Base de datos elaborada en base a datos oficiales del SNIS. Ver anexo 31.
- 110 Nota de prensa. Ver anexo 39.
- 111 Base de datos elaborada en base a datos oficiales del SNIS. Ver anexo 31.
- 112 Ley integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia. Establece mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia, así como la persecución y sanción a los agresores, con el fin de garantizar a las mujeres una vida digna y el ejercicio pleno de sus derechos.
- 113 Dispone que se atenderá a las mujeres durante el embarazo hasta 6 meses después del parto y a niños menores de 5 años. Amplia las prestaciones de anticoncepción, a todas las mujeres en edad fértil (15 a 49 años de edad), la detección y tratamiento de lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino, y mama, detección y tratamiento de ITS.
- 114 Ley para la prevención del VIH/SIDA, protección de los Derechos Humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/SIDA.
- 115 Determina la gratuidad de las pruebas de ADN en las denuncias o querellas en los procesos penales por delitos de violación, abuso deshonesto, estupro, tipificados en el Código Penal, cuyas víctimas sean niñas, niños o adolescentes.
- 116 Establece mecanismos de protección, de toda forma de violencia incluida la violencia sexual, el derecho a servicios diferenciados en salud sexual y salud reproductiva, derecho a la educación sexual, a información con base científica y acciones para prevenir el embarazo en adolescentes.
- 117 Reconoce a la juventud como actor político y agente de derechos, derecho a la participación política, así como la educación para la sexualidad y salud reproductiva y que el Estado desarrollará políticas y programas específicos para jóvenes que viven con VIH o SIDA.
- 118 Previene y sanciona cualquier tipo de discriminación contra cualquier persona, incluyendo razones de sexo y orientación sexual.
- 119 Garantiza los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de personas en situación de discapacidad, reconoce su derecho a decidir libremente sobre su sexualidad y reproducción, reconoce su diversidad sexual.

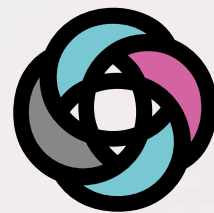
- 120 Esta ley permite el reconocimiento del cambio de los datos del nombre, el sexo y la imagen de las personas transexuales y transgénero a través de un proceso personal-administrativo.
- 121 Establece la impunidad del aborto cuando este hubiere sido a consecuencia de un delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto, no aplicándose sanción alguna, siempre que la acción penal hubiere sido iniciada.
- 122 Para acceder a un aborto legal y seguro cuando el embarazo sea resultado de violación, incesto, estupro o riesgo para la vida o salud de la mujer, las víctimas de violación no requerirán solicitar autorización judicial, ni iniciar un proceso penal para conseguir un aborto legal. En el caso de las mujeres cuya vida o salud corra riesgo como consecuencia del embarazo, sólo será necesario el informe médico. En ambos casos también será indispensable el consentimiento informado de la mujer.
- 123 Recopilación sobre el Estado Plurinacional de Bolivia. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Consejo de Derechos Humanos Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal 34º período de sesiones 4 a 15 de noviembre de 2019. A/HRC/WG.6/34/BOL/2
- 124 Coalición de Organizaciones de la Sociedad Civil de Derechos Humanos. Examen Periódico Universal (EPU). Estado Plurinacional de Bolivia. Tercer Ciclo. pg.47
- 125 Coalición de Organizaciones de la Sociedad Civil de Derechos Humanos. Examen Periódico Universal (EPU). Estado Plurinacional de Bolivia. Tercer Ciclo. pg.47 “55. El mismo equipo recomendó que el Estado aprobara el Plan de Salud Sexual y Reproductiva a la brevedad posible, asegurando presupuesto suficiente para su implementación y monitoreo. Recomendó también que se asegurara la disponibilidad de anticonceptivos, en particular para la población adolescente, y priorizara la problemática del embarazo en niñas menores de 15 años con el fin de tomar acciones inmediatas y contar con protocolos especializados para la atención de la salud sexual y reproductiva de esa población. 56. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomendó al Estado que despenalizara el aborto y velara porque este pudiera practicarse de manera legal en casos de amenazas a la vida o la salud de las mujeres embarazadas, violación, incesto y efectos graves del feto, y garantizara la aplicación debida de la sentencia del Tribunal Constitucional por la que se eliminaba el requisito de la autorización judicial para el acceso al aborto en casos de violación o incesto”.
- 126 Entrevista a representantes de instituciones de la sociedad civil. Ver Anexo36, 37 y 48
- 127 Disponible en el siguiente enlace: <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/pais-51-mujeres-embarazadas-dieron-positivo-murieron/20200716163129777843.html>
- 128 Comunicado “Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuenta el género en la crisis del COVID-19”. Ver anexo 1.
- 129 Disponible en el siguiente enlace: https://www1.abi.bo/abi_/?i=449705
- 130 Ministerio de Relaciones Exteriores. Ver Anexo 2.
- 131 Ministerio de Relaciones Exteriores. Ver anexo 3.
- 132 Instructivos SEDES Chuquisaca. Ver anexo 8
- 133 Entrevista SEDES Oruro. Ver anexo 20.
- 134 La cuarentena total empezó el 23 de marzo hasta el 31 de mayo de 2020
- 135 Decreto Supremo 4200 art. 2 par II.
- 136 Centros de atención las 24 horas para el aislamiento y tratamiento de pacientes del COVID-19
- 137 Nota de prensa disponible en el siguiente enlace: <https://www.nodal.am/2020/06/bolivia-medicos-alertan-que-al-menos-20-de-34-hospitales-estan-colapsados-y-sin-personal/>
- 138 Entrevista con SEDES La Paz. Ver Anexo 49

- 139 Entrevistas a activistas por los derechos sexuales. Ver anexo 21 y 36
- 140 Nota de prensa disponible en el siguiente enlace https://eldeber.com.bo/santa-cruz/medicos-de-santa-cruz-viajaron-a-beni-para-luchar-contr-el-virus-y-las-carencias_181555
- 141 Nota de Prensa disponible en el siguiente enlace <https://www.minsalud.gob.bo/4181-medicos-de-la-paz-refuerzan-tareas-de-contencion-de-covid-19-en-beni>
- 142 Disponible en el siguiente enlace <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/0.%20Plan%20de%20respuesta%20Covid19%20Beni-EHP-13072020.pdf>
- 143 Disponible en el siguiente enlace <https://www.voanoticias.com/america-latina/denuncian-agresiones-personal-de-salud-en-bolivia>. <https://www.la-razon.com/sociedad/2020/05/20/medicos-se-repliegan-en-10-municipios-por-conflictos-y-agresiones/>
- 144 Disponible en el siguiente enlace <http://www.elalteno.com.bo/bolivia/20200504/medicos-que-luchan-en-primera-linea-son-discriminados-y-victimas-de-intolerancia>
- 145 Municipio del departamento de La Paz, de clima cálido, ubicado al norte del departamento de La Paz a 150 Km de la ciudad de La Paz.
- 146 Disponible en el siguiente enlace <https://www.sedeslapaz.gob.bo/blog-node/15-m%C3%A9dicos-en-cuarentena-sufren-agresiones-y-ataques-en-caranavi>
- 147 Entrevista SEDES La Paz. Ver anexo 49
- 148 Disponible en el siguiente enlace <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/5/20/las-pruebas-privadas-de-covid-19-en-bolivia-entre-las-mas-caras-de-la-region-256030.html>
- 149 Disponible en el siguiente enlace del Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gob.bo/2841-bolivia-posee-la-red-de-tele-salud-mas-extensa-de-sudamerica-con-340-puntos>
- 150 Entrevista SEDES La Paz. Ver anexo 49
- 151 Entrevistas a activistas por los derechos sexuales. Ver anexo 21 y 36
- 152 Entrevista con SEDES Chuquisaca. Ver anexo 50
- 153 Entrevista a instituciones de la sociedad y civil y al SEDES La Paz. Ver anexo 9 y 49
- 154 Entrevistas a representantes de la sociedad civil. Ver anexo 22
- 155 Entrevistas a representantes de la sociedad civil. Ver anexo 22
- 156 Entrevistas a representantes de la sociedad civil. Ver anexo 22
- 157 Entrevistas a representantes de la sociedad civil. Ver anexo 22
- 158 Entrevistas representantes de SEDES. Ver anexos 20, 33, 49 y 50
- 159 Entrevista SEDES Santa Cruz: Ver anexo 51
- 160 Entrevista activista Chuquisaca. Ver anexo 36
- 161 Disponible en el siguiente enlace <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/7/29/madre-peregrino-horas-por-atencion-medica-dio-luz-en-un-auto-262820.html>
- 162 Disponible en el siguiente enlace https://correodelsur.com/local/20200727_una-joven-fallece-por-covid-19-tras-dar-a-luz-por-cesarea-su-hija-lucha-en-cuidados-intensivos.html

- 163 Entrevista SEDES La Paz. Ver anexo 49
- 164 Entrevista SEDES La Paz. Ver anexo 49
- 165 Disponible en el siguiente enlace <https://www.paginasiete.bo/sociedad/2020/4/20/paciente-con-covid-19-da-luz-piden-prueba-para-su-bebe-253209.html>
- 166 Disponible en el siguiente enlace https://correodelsur.com/local/20200620_hospital-de-la-mujer-tras-recibir-a-embarazada-con-covid-19-no-podemos-estar-mezclando-pacientes.html
- 167 https://www.fiscalia.gob.bo/index.php/2802-fiscalia-reporta-incremento-acelerado-de-feminicidios-suman-a-nueve-casos-en-primeros-dias-del-ano?utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter
- 168 Informe del Ministerio Público. Ver anexo 44
- 169 Disponible en el siguiente enlace <https://www.fiscalia.gob.bo/index.php/3117-comunicado-7>
- 170 Entrevista SEDES La Paz. Ver anexo 49
- 171 Entrevista SEDES Chuquisaca y Oruro. Ver anexo 20 y 50
- 172 Disponible en el siguiente enlace <https://www.opinion.com.bo/articulo/cochabamba/nina-11-anos-da-luz-gestiones-defensoria-pueblo-hospital-nego-atencion/20200402220759759933.html>
- 173 Entrevistas a representantes de la sociedad civil. Ver anexo 22
- 174 Entrevista a responsable de ITS/VIH Santa Cruz. Ver Anexo 46.
- 175 Entrevista activista Chuquisaca. Ver anexo 36
- 176 Disponible en el siguiente enlace <https://www.minsalud.gob.bo/3711-cancer-de-cuello-uterino>
- 177 Entrevista SEDES La Paz. Ver anexo 49



CATÓLICAS
POR EL DERECHO
A DECIDIR BOLIVIA



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO