

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

MONITOREO

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

**RESUMEN EJECUTIVO
INFORME BOLIVIA**



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

RESUMEN EJECUTIVO
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
Psinergia

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

Noviembre de 2020



CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN	7
2.	IDENTIFICACIÓN DE PRINCIPALES PROBLEMAS	11
3.	IDENTIFICACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS	17
3.	CONCLUSIONES	19



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

La Constitución Política del Estado boliviano garantiza y reconoce de manera expresa, el derecho a la salud, así como el acceso al mismo sin exclusión ni discriminación alguna. Bolivia, se organiza en entidades territoriales autónomas y asume la obligación de promover 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. Asimismo, es parte de las principales convenciones e instrumentos internacionales de derechos humanos, y en específico, derechos humanos de las mujeres, de derechos sexuales y derechos reproductivos.

Igualmente, la CPE establece que, “los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida” y que se “garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos”.

Así mismo, 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.

Portanto, es obligación del Estado facilitar servicios de salud integral a las mujeres, con calidad y calidez promoviendo el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco del reconocimiento pleno de la diversidad cultural y étnica del país. Los servicios de salud deben responder a las necesidades específicas de las mujeres, contribuyendo a la toma de decisiones informadas y responsables en los diferentes ámbitos de la salud sexual y salud reproductiva, ofreciendo métodos anticonceptivos saludables, seguros, eficaces, asequibles sin ningún tipo de juicio.

Ante la Pandemia por el COVID-19, el Sistema Universal de Derechos Humanos se puso en alerta, debido a los 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 discapacidad y/o adultas/os mayores. Si el sistema de salud no es capaz de brindar respuestas oportunas, eficientes, y adecuadas en términos técnicos y operativos, el impacto será significativo, permitiendo un aumento de las tasas de mortalidad y morbilidad durante esta etapa de transmisión¹.

Por ello, el Estado Plurinacional de Bolivia declara Situación de Emergencia Nacional por la presencia del brote de Coronavirus (COVID-19) en el territorio nacional.

A ello se suma la Declaratoria de Cuarentena Total, con la consecuente suspensión de actividades y restricciones de transitabilidad.

En este contexto, el 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 Salud². 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)³.

No obstante a las obligaciones asumidas en este marco normativo nacional, el acceso a los servicios en salud sexuales y salud reproductivos (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 boliviano⁴(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”⁵.

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 adolescentes; priorice la problemática de embarazo adolescente con protocolos específicos así como la despenalización del aborto.⁶

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 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. las políticas públicas y los servicios en salud sexual y salud reproductiva fueron subestimadas y dejadas 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.

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. 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 institucionales (Facebook, Twitter y otras) 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.

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

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 países⁷ haciendo énfasis en la protección de los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes. Para esto se emiten 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.*
- 2. Reformular los mecanismos tradicionales de respuesta a la violencia de género.*

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.*

4. *Garantizar la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la crisis de la pandemia.*

5. *Reforzar las políticas de seguridad alimentaria y redes de protección social con perspectiva de género.*

Para efectuar el seguimiento, 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), cuyo objetivo es realizar seguimiento 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.⁸

Asimismo, la CIDH adoptó la Resolución 01/20 “Pandemia y Derechos Humanos en las Américas”, la cual emite recomendaciones a los Estados, para 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”⁹ el cual resulta ser un instrumento que 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.¹⁰

Su objetivo está dirigido al fortalecimiento de los 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.¹¹ El presente informe se ha elaborado sobre la base de estos antecedentes.





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

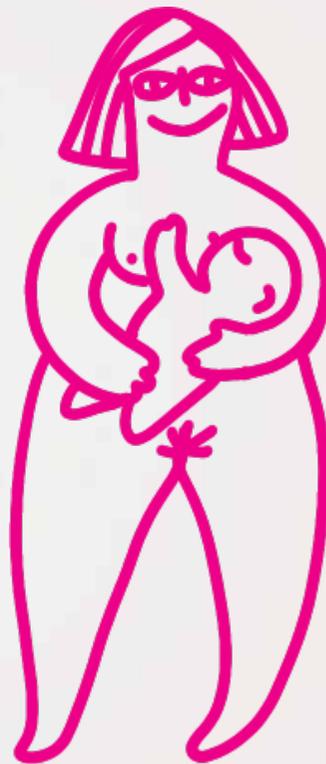
los SEDES de manera excepcional y temporal pasarían a dependencia técnica, administrativa y de gestión, al Ministerio de Salud, atentando contra la autonomía de los departamentos como entidades territoriales autónomas.

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, decidían 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.







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.





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

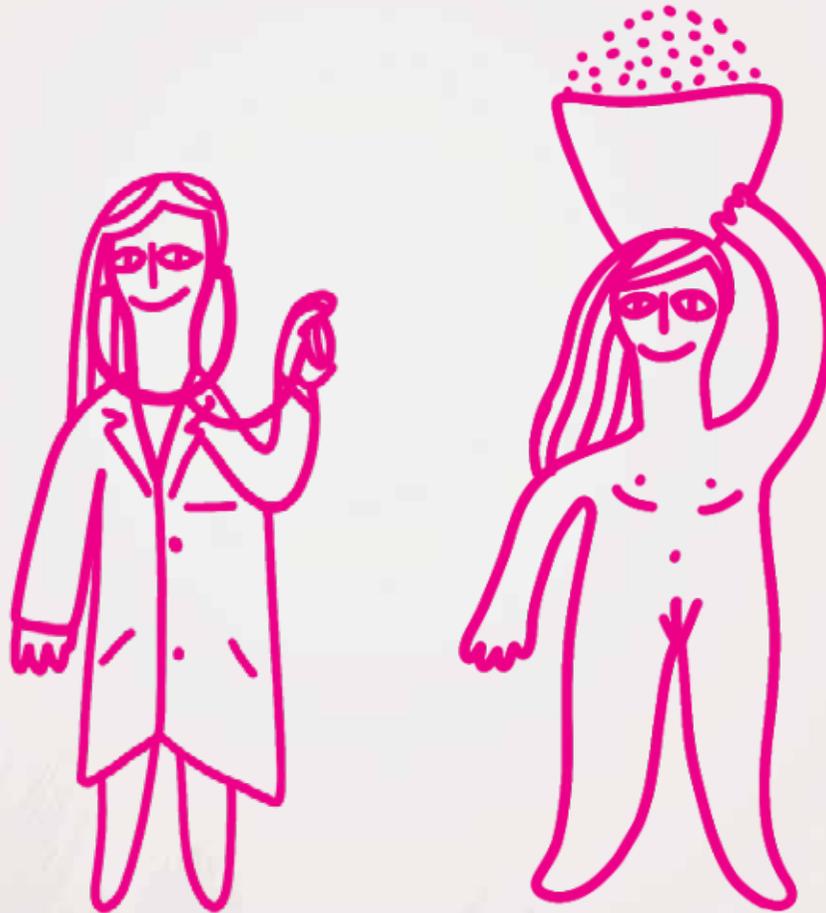
- La pandemia no sólo evidenció las debilidades del sistema de salud, sistema educativo, en los tres niveles del Estado, sino que mostró la necesidad de implementar un trabajo coordinado con la sociedad civil, desde donde se brindó soporte técnico, financiero y trabajo comprometido de defensa de los 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. 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>
2. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Decreto Supremo 4200. Artículo 12.
3. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley 1293 de 1 de abril de 2020
4. 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
5. Coalición de Organizaciones de la Sociedad Civil de Derechos Humanos. Examen Periódico Universal (EPU). Estado Plurinacional de Bolivia. Tercer Ciclo. pg.47
6. 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”.
7. 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>
8. http://www.oas.org/es/cidh/SACROI_COVID19/#:~:text=La%20SACROI%20representa%20un%20avance,derechos%20humanos%20en%20la%20regi%C3%B3n.
9. Acompaña al correo electrónico, el documento respectivo.
10. 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.
11. Idem.



CATÓLICAS
POR EL DERECHO
A DECIDIR BOLIVIA



clacai

CONSORCIO LATINOAMERICANO
CONTRA EL ABORTO INSEGURO