

EXPANDIENDO  
OPCIONES DE  
PLANIFICACION  
FAMILIAR

**Diagnóstico cualitativo  
de la atención en Salud  
Reproductiva  
en Bolivia**

BIBLIOGRAFICA

REVISION

Ministerio de Desarrollo Humano  
Secretaría Nacional de Salud





# **Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia**

## **Revisión Bibliográfica**

*Esta revisión fue preparada como material de base para el Diagnóstico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva realizado a través de un esfuerzo conjunto entre la Secretaría Nacional de Salud, del Ministerio de Desarrollo Humano de Bolivia, Universidad de Michigan, Organización Mundial de la Salud (OMS), Cemicamp y Population Council.*



## AUTORIDADES

*Lic. Freddy Teodovich*  
MINISTRO DE DESARROLLO HUMANO

*Dr. Oscar Sandoval Morón*  
Secretario Nacional de Salud

*Dr. Javier Torrez Goitia C.*  
Subsecretario de Salud

*Dr. Raúl Prada*  
Subsecretario de Seguros Médicos

*Dr. Oscar Zuleta*  
Director Nacional de la Mujer y el Niño

*Dra. Virginia Camacho Hübner*  
Jefa del Programa de Salud Integral a la Mujer

## **EQUIPO DE EVALUACION**

### **Secretaria Nacional de Salud**

Virginia Camacho Hubner  
Alberto de la Galvez Murillo  
Marcos Paz Ballivian  
Rosario André

### **CIDEM**

Ximena Machicao

### **UMSA-Antropología**

Maria Dolores Castro

### **OMS/Univ. of Michigan**

Ruth Simmons  
Anne M. Young

### **The Population Council**

John Skibiak

### **CEMICAMP**

Juan Díaz (Pop. Council)  
Luis Bahamondes (INTRAH)  
Maria Yolanda Makuch



# INDICE

<b>LISTA DE TABLAS Y GRAFICOS.....</b>	<b>v</b>
--	----------

<b>ABREVIATURAS.....</b>	<b>vi</b>
--------------------------	-----------

<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>1</b>
---------------------------	----------

## PARTE I

<b>CONTEXTO SOCIAL, CULTURAL Y ECONOMICO .....</b>	<b>3</b>
--	----------

## PARTE II

<b>SITUACION DEMOGRAFICA Y DE LA SALUD REPRODUCTIVA .....</b>	<b>6</b>
---	----------

<b>INDICADORES DEMOGRAFICOS.....</b>	<b>6</b>
--------------------------------------	----------

<b>INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA.....</b>	<b>7</b>
---	----------

Mortalidad materna .....	7
--------------------------	---

Atención prenatal y atención del parto .....	9
--	---

Lactancia.....	9
----------------	---

Operación cesárea .....	10
-------------------------	----

Esterilidad .....	10
-------------------	----

Aborto.....	11
-------------	----

ETSs, VIH/SIDA y Cánceres reproductivos .....	12
---	----

Adolescentes/Adultos jóvenes .....	14
------------------------------------	----

<b>PATRONES DE USO DE ANTICONCEPTIVOS .....</b>	<b>15</b>
---	-----------

Demanda Insatisfecha de Métodos para limitar o espaciar los nacimientos .....	18
---	----

## PARTE III

<b>LAS POLITICAS DE SALUD MATERNA Y PLANIFICACION FAMILIAR.....</b>	<b>20</b>
---	-----------

<b>ANTECEDENTES .....</b>	<b>20</b>
---------------------------	-----------

<b>ACCIONES ACTUALMENTE EN DESARROLLO .....</b>	<b>23</b>
---	-----------

<b>SITUACION POLITICA Y LEGAL .....</b>	<b>26</b>
---	-----------

## PARTE IV

<b>EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....</b>	<b>28</b>
--	-----------

<b>EL SISTEMA DE SALUD .....</b>	<b>28</b>
----------------------------------	-----------

Medicina Tradicional .....	28
Visión andina de salud y enfermedad .....	29
Curanderos (Jampiris, Yatiris, etc.) .....	30
Parteras tradicionales .....	31
Sector público .....	31
Seguridad social .....	32
El sector privado y ONGs .....	33
Farmacias .....	34
<b>INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS DE SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO .....</b>	<b>35</b>
Disponibilidad de locales .....	35
Infraestructura y equipos .....	35
Personal .....	36
Entrenamiento .....	40
Gerencia .....	42
Utilización de los locales de atención .....	42
Financiamiento y papel de las agencias de cooperaciób .....	44
<b>DISPONIBILIDAD Y ACCESO A LOS METODOS Y SERVICIOS</b>	
<b>ANTICONCEPTIVOS.....</b>	<b>46</b>
Acceso a los servicios .....	46
Costo, tiempo y distancia .....	48
Restricciones al acceso a los servicios .....	50
Servicios para hombres .....	51
Disponibilidad de métodos anticonceptivos .....	52
<b>CALIDAD DE LA ATENCION EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION</b>	
<b>FAMILIAR.....</b>	<b>53</b>
Elección de métodos .....	54
Relaciones interpersonales .....	54
Competencia técnica.....	55
Mecanismos para favorecer la continuidad.....	56
Privacidad .....	56
Información dada a los clientes y materiales IEC .....	56

## PARTE V

<b>PERSPECTIVAS DE LAS USUARIAS Y EL CONTEXTO SOCIAL DE LA</b>	
<b>PLANIFICACION FAMILIAR .....</b>	<b>59</b>
PERCEPCIONES Y CONOCIMIENTOS SOBRE	
ANTICONCEPCION Y SOBRE LA FERTILIDAD .....	59
Fertilidad .....	59

Educación Sexual .....	60
Conocimiento y práctica anticonceptiva .....	61
CUESTIONES DE GENERO .....	64
"Machismo" y el papel del hombre .....	64
PERCEPCION DE LOS METODOS DE REGULACION DE LA FERTILIDAD .....	65
Métodos tradicionales .....	66
Esterilización .....	67
DIU .....	68
Píldoras .....	68
Aborto .....	68
Inyectables e implantes .....	69
Métodos de barrera .....	69

## PARTE VI

<b>OTROS SERVICIOS DE SALUD MATERNA .....</b>	<b>70</b>
CUIDADOS PRENATALES Y ATENCION DEL PARTO .....	70
Utilización de los Servicios .....	70
SERVICIOS POST-ABORTO .....	73
Utilización y costos .....	73
INFRAESTRUCTURA DE SALUD, DISPONIBILIDAD Y ACCESO A LOS SERVICIOS EN EL SECTOR PUBLICO .....	74
Equipos .....	75
Personal .....	75
Costo financiero y tiempo .....	75
Calidad de la atención en servicios .....	76
Libre elección .....	76
Relaciones interpersonales .....	77
Calidad técnica de la atención .....	79
Mecanismos para asegurar la continuidad .....	80
Privacidad .....	80
Información a los usuarios y materiales IEC .....	80
CALIDAD DE LA ATENCION EN OTROS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA .....	82
Servicios de ginecología .....	82
Servicios post-aborto .....	82
PERSPECTIVAS DE LAS USUARIAS Y EL CONTEXTO SOCIAL DEL CUIDADO MATERNO .....	83
Servicios de prenatal .....	84
Servicios post-aborto .....	86

## PARTE VII

<b>LOGISTICA DE ANTICONCEPTIVOS E INSUMOS MEDICOS.....</b>	<b>87</b>
Producción, donación y registro .....	87
DIU .....	88
Anticonceptivos orales .....	88
Métodos vaginales .....	89
Inyectables .....	90
Condomes .....	90
Importación, comercialización y distribución .....	90
Distribución .....	92
Ventas .....	92
Normas para el uso de anticonceptivos .....	92
La brecha entre la teoría y la práctica .....	92
<b>ESFUERZOS RECIENTES DE INTRODUCCION DE ANTICONCEPTIVOS .....</b>	<b>94</b>
Esterilización femenina .....	94
Implantes NORPLANT® .....	94
Depo-Provera (DMPA) .....	94
Inserción de DIU en el post-parto .....	95

## PARTE VIII

<b>CONCLUSIONES Y PREGUNTAS .....</b>	<b>96</b>
Conclusiones .....	96
<b>PREGUNTAS SIN RESPUESTAS/AREAS POTENCIALES DE</b>	
<b>INVESTIGACION .....</b>	<b>99</b>
Salud reproductiva .....	99
Políticas .....	99
Infraestructura de salud y servicios .....	100
Acceso y disponibilidad de los servicios de salud reproductiva .....	100
Calidad de atención .....	101
Perspectivas de usuarias .....	125
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>103</b>
<b>APENDICES .....</b>	<b>111</b>

## LISTA DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla 01:	Características de la población, 1970-1994.....	6
Tabla 02:	Tasas de fertilidad. Historia por regiones.....	7
Tabla 03:	Cambios del método usado por mujeres en unión a través el tiempo.....	15
Tabla 04:	Uso de anticonceptivos por región.....	16
Tabla 05:	Uso de anticonceptivos por departamento.....	17
Tabla 06:	Recursos humanos en el sector público, 1981-1988.....	38
Tabla 07:	Uso de diversos servicios por la población por residencia.....	43
Tabla 08:	Contribución de diferentes fuentes al presupuesto de salud.....	44
Tabla 09:	Donde se obtienen los diferentes métodos anticonceptivos modernos.....	48
Tabla 10:	Costo de los métodos anticonceptivos y del Papanicolau en Bolivia.....	49
Tabla 11:	Disponibilidad Específica de Métodos de Acuerdo al Tipo de Local.....	52
Tabla 12:	Utilización de los servicios de prenatal y atención del parto.....	70
Tabla 13:	Variaciones departamentales en el tipo de atención prenatal.....	71
Tabla 14:	Comparaciones regionales del control prenatal y atención del parto.....	73
Tabla 15:	Diferencias en la atención al parto entre el sistema Quechua-Aymara y médico occidental.....	85
Tabla 16:	Uso de los mates en el parto (Aymara).....	86
Tabla 17:	Aporte actual de los donantes de métodos anticonceptivos.....	88
Tabla 18:	Marcas de píldoras anticonceptivas y situación de registro.....	89
Gráfico 01:	Muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en la región andina.....	8
Gráfico 02:	Uso de anticonceptivos según nivel educacional.....	18
Gráfico 03:	Opinión sobre el embarazo más reciente.....	19
Gráfico 04:	Porcentaje del presupuesto nacional destinado a salud y educación.....	44
Gráfico 05:	Restricciones Aplicadas en los Locales de Salud Estatales.....	51
Gráfico 06:	Fuentes de información sobre métodos anticonceptivos.....	58
Gráfico 07:	Conocimiento y uso de métodos modernos entre mujeres urbanas nativa y migrantes.....	63

## ABREVIATURAS

SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
AVSC	AVSC International
AYUFAM	Asociación de Ayuda a la Comunidad y Familia
CIAES	Centro de Investigación, Asistencia y Educación en Salud
CIDEM	Centro de Información y Desarrollo de Mujeres
CIES	Centro de Investigación, Educación y Servicios
CIPD	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo
COF	Centro de Orientación Familiar
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONAPSO	Consejo Nacional de Política Social
DIU	Dispositivo Intra Uterino
ENDSA	Encuesta Demográfica y de Salud
DNSNMN	Directoría Nacional de Salud y Nutrición para la Mujer y el Niño
DPP	Directoría de Políticas de Población
EDEN	Encuesta Demográfica Nacional (EDEN I, 1975; EDEN II, 1980)
ENPM	Encuesta Nacional de Prevalencia de Medicación
ENPV	Encuesta Nacional de Población y Viviendas (CENSO)
ETS	Enfermedades Transmitidas Sexualmente
FAMES	Fundación de Asistencia Médico Social
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
IBSS/CNS	Instituto Boliviano de Seguridad Social/Caja Nacional de Salud
IEC	Información, Educación y Comunicación
IPAS	Proyectos Internacionales de Asistencia y Servicios
IPPF	Federación Internacional de Paternidad Planificada
MPSSP	Ministerio de Previsión Social y Salud Pública
OMS	Organización Mundial de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PROFAM	Protección Familiar (Asociación privada de planificación familiar)
PRONIMA (FNUAP/OPS)	Programa de Protección al Niño y a la Madre
PROSALUD	Asociación privada de planificación familiar
SBGO	Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia
SIAP	Servicios de Investigación en Población
SMI	Salud Materno-Infantil
SNS	Secretaría Nacional de Salud
SOBOMETRA	Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional
PAT	Partera tradicional
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UPP	Unidad de Políticas de Población (antiguo CONAPO)
USAID	Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos
VIH	Virus de la Inmuno Deficiencia Humana

## INTRODUCCION

Este documento fue preparado para servir como documento básico de referencia para una evaluación de la situación de los servicios de salud reproductiva que será realizada en Bolivia por la Secretaría Nacional de Salud (SNS). Esta evaluación constituye el primer paso de una nueva estrategia en tres etapas para la introducción de anticonceptivos, desarrollada por el grupo de Investigación en Introducción y Transferencia de Tecnologías para la Regulación de la Fertilidad, del Programa Especial de la OMS (Spicehandler y Simmons, 1994). Esta estrategia fue diseñada con el objetivo de ayudar a las autoridades de salud a determinar que tecnologías anticonceptivas usar, respondiendo tres preguntas centrales:

- 1) ¿Hay necesidad de introducir nuevos métodos anticonceptivos?
- 2) ¿Hay necesidad de reintroducir algunos métodos ya existentes? y
- 3) ¿Hay necesidad de retirar de los programas algún método?

Esta primera etapa tiene como objetivo responder estas tres preguntas a través de un análisis predominantemente cualitativo de la situación de la salud reproductiva del país; el contexto político y la perspectiva de las usuarias; patrones actuales de uso; el sistema de entrega de servicios; y el sistema político y los reglamentos de registro de medicamentos. Hasta ahora, esta evaluación de la primera etapa ha sido realizada en cuatro países: Brasil, Sudáfrica, Vietnam y Zambia.

Debido a la alta prioridad que se le ha dado a la reducción de la mortalidad materna en Bolivia, y a la estrecha relación entre anticoncepción y servicios de salud de la mujer y niño (SMN), esta primera etapa se centrará en planificación familiar y en los servicios de salud materna dentro de una perspectiva amplia de salud reproductiva. El objetivo principal de este documento es ofrecer una visión general sobre la bibliografía relacionada con la salud reproductiva en Bolivia con un énfasis particular sobre planificación familiar y SMN. Este trabajo no tiene la intención de hacer una revisión exhaustiva de todos los servicios de salud reproductiva ofrecidos en Bolivia, ya que esto ha sido hecho anteriormente por otras instituciones (SNS, UNFPA, Banco Mundial, BID, USAID).

Ofrecemos una revisión de los hechos más importantes que demuestran la fuerte relación entre planificación familiar y servicios de atención materna. Dado que el objetivo de esta primera etapa es responder preguntas acerca de la introducción de métodos anticonceptivos y de la mejoría de los servicios de atención a la mujer en el sector público, el énfasis de esta revisión está en los servicios oficiales del sector público. Sin embargo, reconocemos el papel vital que juegan los servicios de medicina tradicional en Bolivia y la perspectiva cultural y de género que son fundamentales para entender su utilización. Resumimos algunos trabajos muy importantes dentro de una gran cantidad

de bibliografía antropológica y etnográfica sobre el sector tradicional como una tentativa de entender las interacciones entre los sectores formal e informal y poder hacer recomendaciones informadas sobre políticas y programas.

Esperamos que este ejercicio de análisis de la información ya disponible ayude a identificar los más importantes hechos que aún no se conocen en esta área. El reconocimiento de estas deficiencias en los datos sirve para generar una lista de preguntas claves que deberán ser respondidas en esta evaluación de primera etapa y en investigaciones subsecuentes.

Este trabajo está organizado de manera que responda a los objetivos de la estrategia de la OMS para la introducción de anticonceptivos (p.ej. el énfasis en la entrega de servicios y el contexto social) mientras destaca el fuerte paralelismo entre la planificación familiar y la salud materna en Bolivia. Comienza con una información de base muy general en relación a las condiciones sociales, económicas, demográficas y de salud reproductiva en Bolivia. Continúa con un examen de los contextos político y legal de la salud reproductiva para dar un marco de referencia dentro del cual se toman las decisiones sobre políticas y programas. A continuación ofrece datos sobre el sistema de salud en el país. En esta sección, se le da especial énfasis a la disponibilidad y el acceso a la anticoncepción y a la calidad de los servicios de planificación familiar. La sección siguiente ofrece información sobre la perspectiva de usuarias y el contexto social de planificación familiar y a continuación se analizan, de la misma forma, otros servicios de salud reproductiva. Después se da información adicional sobre tecnología anticonceptiva y en la sección final se resumen las principales conclusiones del trabajo y se listan una serie de preguntas no respondidas que surgen de esta revisión.

### **Agradecimientos**

Agradecemos sinceramente a Claudia Gras, Susanna Rance, Jennifer Macias, Ruth Copeland, Pam Putney, Michal Avni y Alison Friedman que contribuyeron en la recolección de los materiales, traducción y en la edición de los numerosos borradores de este informe; del mismo modo reconocemos al equipo técnico de la Dirección de Salud de la Mujer y el Niño por sus contribuciones efectivas a la realización de la evaluación en todas sus etapas.

## PARTE I

### CONTEXTO SOCIAL, CULTURAL Y ECONOMICO

Bolivia es un país de gran diversidad geográfica y étnica. Esta gran diversidad étnica que hace que el país sea muy interesante, hace también que los problemas culturales y de salud sean muy complejos porque, por ejemplo, cada grupo indígena tiene sus propias interpretaciones y prácticas en relación a salud. Los indios aymaras y quechuas constituyen 65% de la población de Bolivia mientras el otro tercio es básicamente descendiente de españoles (5-15%) y otros de ascendencia mixta (25-30%). Otro pequeño porcentaje son guaraníes o de otros grupos indígenas. El español, quechua y aymara son todas lenguas oficiales de Bolivia (Guzmán et. al., 1990). El 44% de la población habla sólo español, 30% habla quechua como primera lengua, 21% aymara y 5% otras lenguas (UNFPA, 1990:9). El Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV-92), encontró que el porcentaje de la población que habla sólo una lengua indígena está disminuyendo, indicando que cada vez más bolivianos hablan español. Mayores detalles sobre variaciones demográficas se dan en el Anexo I.

Geográficamente y culturalmente, el país está dividido en tres grandes regiones. El Altiplano, que incluye los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí constituye el 17% del territorio boliviano pero alberga al 50% de la población y al 48% de la población urbana. Esta región es montañosa; algunas partes están ubicadas a más de 4.000 metros sobre el nivel del mar. El Altiplano es la región más densamente poblada en Bolivia. La Paz que es la sede del gobierno, es el principal centro urbano de la región y tiene más de un millón de habitantes. El Alto, ciudad satélite de La Paz, está creciendo a un ritmo de más de 9% por año, el más rápido del país (UNFPA, 1990). En el Altiplano, más del 40% de la población considera al aymara y 23% al quechua como su lengua principal. Muchos indígenas, especialmente los más jóvenes, también hablan español. Alrededor del 30% de la población del Altiplano habla sólo español. Al este del Altiplano está la región de Los Valles, que constituye 15% del territorio boliviano, el 28% de su población y el 44% de la población urbana. Esta área es también montañosa y está situada a más de 2.000 metros sobre el nivel del mar. Está compuesta de tres departamentos, Cochabamba, Chuquisaca y Tarija. Cochabamba y Sucre (ubicadas en la región norte de Chuquisaca) son los principales centros urbanos. Cochabamba es zona más poblada y Sucre es la capital jurídica del país. La tasa de crecimiento de la ciudad de Cochabamba ha sido de 4,3% por año en los últimos quince años. Aquí hay un mayor predominio de la cultura y lenguaje quechua. En 1988, el 60% de la población hablaba quechua como su lengua principal y la mitad de ellos hablaba español como su segunda lengua. Treinta y siete por ciento de la población de Los Valles habla sólo español.

Los Llanos es una gran región que limita con Brasil y Paraguay y está situada cerca del nivel del mar. Constituye el 68% del territorio nacional, pero tiene sólo el 22% de la población. Sus tres departamentos son Santa Cruz, Beni y Pando. La ciudad de Santa Cruz de la Sierra es el más importante centro urbano de la región. La mayoría de la población del departamento de Santa Cruz es urbana. De hecho, la ciudad de Santa Cruz de la Sierra creció 6,4% por año entre los años 1976 y 1992 (Calle Aguirre, 1993). A este ritmo, la población de la ciudad casi doblará en una década. Beni y Pando tienen una población escasa pero son diferentes en que el 66% de la población de Beni es urbana (principalmente en Trinidad) mientras que sólo el 26% de la población de Pando es urbana. Ochenta y cinco por ciento de la población de Los Llanos habla español y la mayoría de la población urbana no habla ninguna lengua indígena. Los que hablan quechua en su mayoría son inmigrantes de Los Valles. Nuevos inmigrantes en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra también hablan guaraní y otras lenguas indígenas. Debido a la baja densidad de población (7 habitantes por km<sup>2</sup>) y a su modesto crecimiento (2,1% al año), Bolivia es frecuentemente denominado "país despoblado" por líderes políticos, religiosos y académicos (Rance, 1994b). Sin embargo, desde 1950, la población ha crecido más que el doble (UNFPA, 1990). Durante la década de 80, en la máxima depresión económica, comenzó una migración masiva a las ciudades, creando un sector informal de comercio y servicios, particularmente en La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz, que conforman el denominado Eje Central, cruzando las tres regiones agroecológicas. Se estima que 60% de los bolivianos trabajan en el sector informal. El subempleo afecta al 43% de la población activa en las principales ciudades. Las tasas de pobreza han aumentado en las áreas urbanas, que se cambian desde el sector agrícola al trabajo informal urbano. Entre 1987 y 1991 el porcentaje de familias urbanas viviendo en la pobreza aumentó de 74,7% a 80,1% (Parras, 1995). Mientras 48% de la población vive en ciudades con dos mil habitantes o más, el resto vive en áreas rurales muy dispersas donde las montañas, los ríos y la falta de caminos hace las comunicaciones difíciles (Bastien, 1990). Bolivia tiene el segundo porcentaje más alto de población rural de Latinoamérica.

Económica y socialmente, existen grandes desigualdades y también persisten desigualdades raciales y de género. El producto bruto per capita es estimado en \$680 (dólares de 1992), una cantidad bastante menor que la mayoría de los países latinoamericanos (World Bank, 1994). En todo el país, 58,9% de las casas no tiene alcantarillado y 76,8% no tiene ducha (ENPV, 1992). Los que viven en áreas rurales tienen una expectativa de vida de aproximadamente 40 años, más o menos la mitad de los que viven en el área urbana. La extrema pobreza es una realidad cotidiana para los que viven en áreas rurales, la gran mayoría de los cuales son miembros de grupos indígenas.

La desigualdad e injusticia de las relaciones de género son muy evidentes en todo el país y han sido reconocidas por el sector oficial y varias Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). Las políticas oficiales de salarios no se aplican al sector informal donde trabajan la mayoría de las mujeres

trabajadoras, porque éstas son casi totalmente excluidas de trabajos ejecutivos (Romero, 1993). Debido a la discriminación y a sus niveles inferiores de escolaridad, las mujeres son las primeras a ser despedidas en periodos de recesión. La mayoría de las casas cuyo jefe es una mujer no tienen ingreso suficiente para cubrir las necesidades básicas; el Banco Mundial informa que 82% de las comerciantes mujeres gana menos que el salario mínimo establecido. La crisis económica que comenzó en el primer tercio de la década de los 80s y la subsecuente estabilización y medidas de ajuste económico parecen haber tenido un efecto especialmente negativo en las mujeres porque aumentó el número de hogares que dependen de la mujer, aumentando la violencia doméstica y forzando retiros en muchos servicios sociales (World Bank, 1989). Las estadísticas de la policía boliviana indican que el 70% de las mujeres bolivianas sufren abuso doméstico. En el sistema legal, los derechos de la mujer han sido reconocidos lentamente durante el último siglo. Las mujeres ganaron el derecho a voto en 1952 mientras en 1976 el Código Civil reconoció los derechos legales y civiles de la mujer. La reunión nacional para la solidaridad y desarrollo social declaró en 1991 que la situación de la mujer en Bolivia no había cambiado a pesar que el país había ratificado el documento producido en la Convención Sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer. Las mujeres continúan siendo consideradas inferiores, destinadas a tener hijos, y controladas por la iglesia católica (Romero, 1993).

Cerca de la mitad de las mujeres que viven en áreas rurales son analfabetas mientras que en el país como un todo el índice de analfabetismo de las mujeres es de 27,7% (MREC, 1994). Menos de 12% de los hombres son analfabetos en el país. En relación a la educación, las mujeres en las áreas rurales siguen enfrentando obstáculos para estudiar, aunque el censo de 1992 indica que un gran porcentaje de niñas entran a la escuela primaria (90% en las áreas urbanas y 72% en las rurales). Educación primaria universal para niños de 7-14 años es obligatoria según el gobierno desde 1950 pero el abandono precoz de las niñas impide el progreso académico (Rance, 1995). Poco menos de 20% de las mujeres y 28% de los hombres participa de educación post-primaria de acuerdo a estadísticas de 1990 (UNFPA, 1990). Sin embargo, números más recientes indican que 52% de las mujeres y 55,3% de los hombres entre 15-19 años están asistiendo a la escuela. Poco más de 32% de los graduados de las universidades son mujeres y esto era 18% en 1976 (MREC, 1994). Las niñas tienden a ser menos alimentadas y a recibir menos atención médica que los niños (UNFPA, 1990; Rance, 1990).

La religión predominante en Bolivia es la católica pero la influencia de iglesias evangélicas continúa expandiéndose. El papel de la iglesia católica, modelando políticas de salud para mujeres, ha sido crucial como se mostrará después. Hay también pequeñas comunidades judías y musulmanas en Bolivia.

## PARTE II

# SITUACION DEMOGRAFICA Y DE LA SALUD REPRODUCTIVA

### INDICADORES DEMOGRAFICOS

La población de Bolivia se ha doblado desde 1950 y las tasas de crecimiento se han mantenido más o menos constantes. Mientras su crecimiento urbano ha seguido el ritmo de muchos países latinoamericanos, una gran proporción de las poblaciones rurales aún vive en áreas remotas y escasamente pobladas. La densidad poblacional del país como un todo es baja y varía por región. La población urbana puede dividirse en dos grupos distintos, los que han vivido en área urbana por varias décadas y los que han emigrado recientemente hacia nuevos centros como El Alto. Residentes urbanos y emigrantes recientes tienen indicadores de salud, acceso a la información y situación económica muy diferentes. La diversidad de la población urbana es una tendencia emergente que puede tener grandes implicaciones para la entrega de servicios sociales.

INDICADOR	1970-76	1990-1992	1989-94 ENDSA <sup>c</sup>
Población total (millones)	4,35 <sup>a</sup>	6,4-7,5 <sup>bc</sup>	
Crecimiento (%)		2,1 <sup>b</sup>	
Tasa de natalidad		34,0 <sup>b</sup>	
Tasa de mortalidad		12,0	
Población urbana (%)	41 <sup>c</sup>	52-57,5 <sup>bc</sup>	62,5
Densidad de población	4 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	5,8
Expectativa de vida		60 <sup>c</sup>	
Alfabetización mujeres adultas		71 <sup>b</sup>	
Urbana		84,5	
Rural		51,1	
Tasa total de fertilidad	6,5 <sup>c</sup>	5,0 <sup>c</sup>	4,8
Urbana		4,2	3,8
Rural		6,3	6,3
Mortalidad infantil	151 <sup>a</sup>	82 <sup>c</sup>	75
Mortalidad materna		371-480 <sup>c</sup>	390

<sup>a</sup>World Population Prospects, 1990. <sup>b</sup>República de Bolivia, Censo Nacional de Población y Vivienda, CNPV-92. <sup>c</sup> World Development Report, 1994. <sup>d</sup>UNICEF, 1992. <sup>e</sup> 1994 Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA-94)

Los niveles de mortalidad materna e infantil en Bolivia son altos y recuerdan los encontrados en partes de África al sur del Sahara más que los de Sudamérica (vea Anexo II para comparaciones regionales). Las principales causas de mortalidad infantil son diarreas y enfermedades respiratorias agudas (UNFPA, 1990). Las causas principales de mortalidad materna serán discutidas después.

La última encuesta demográfica de salud encontró que Bolivia tiene una tasa total de fertilidad de cerca de cinco niños por mujer. Las tendencias regionales en el tiempo indican que la transición demográfica en Bolivia ha quedado básicamente confinada a las áreas rurales, mientras los niveles de fertilidad continúan a ser más altos que en la mayoría de los países en Latinoamérica. En las áreas rurales, la tasa total de fertilidad ha caído 10% en los últimos 30 años (ENDSA, 1994).

Mientras la tasa total de fertilidad en Los Llanos parece ser la menor, es importante recordar que en las áreas rurales de Beni y Pando esta tasa es de 8 niños por mujer en promedio, según la encuesta de población y salud de 1989. El promedio de fertilidad en Los Llanos es menor por la muy baja tasa de fertilidad en Santa Cruz, 4 niños por mujer (Calle Aguirre, 1993).

Area/Región	Año							% Cambio 1965-1994
	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1994	
<b>TOTAL</b>	<b>6,5</b>	<b>6,6</b>	<b>6,4</b>	<b>6,0</b>	<b>5,2</b>	<b>4,9</b>	<b>4,8</b>	<b>26,2</b>
URBANA	5,5	5,3	5,1	4,9	4,0	3,8	3,8	30,9
RURAL	7,0	7,5	7,4	6,9	6,3	6,1	6,3	10,0
EL ALTIPLANO	6,0	6,3	6,2	5,8	5,0	4,7	4,7	22,7
LOS VALLES	6,6	6,8	6,6	6,2	5,4	5,1	5,0	24,2
LOS LLANOS	7,0	6,9	6,5	6,0	5,1	4,9	4,6	52,2

Fuente: Guzmán et al., 1990; ENDSA, 1994.

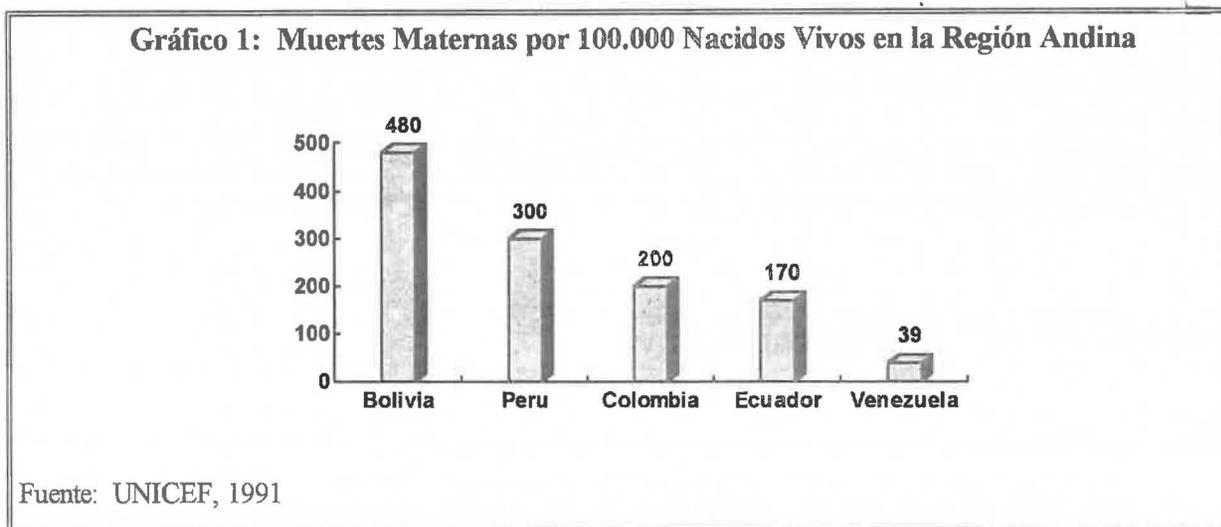
## INDICADORES DE SALUD REPRODUCTIVA

### Mortalidad Materna

Una mujer muere por complicaciones de embarazo o parto cada cuatro horas de acuerdo con el *Plan Vida*, que es la política nacional de salud en la que se inscribe la estrategia nacional de salud reproductiva. Las tasas de mortalidad materna están entre 371 y 480 por 100.000 nacidos vivos, dependiendo de la fuente de información utilizada (World Bank, 1994; ENDSA, 1994; UNICEF, 1992). De acuerdo con la OPS, Bolivia tiene la tasa de mortalidad más alta de Sudamérica y es la segunda

en todo Latinoamérica después de Haití (OPS, 1993b). El *Plan Vida* indica que la tasa de mortalidad materna entre las mujeres que tienen sus partos en hospitales es sólo 186/100.000 mientras que es 677/100.000 nacidos vivos entre mujeres que los han tenido en domicilio, sin atención de personas capacitadas. Dentro del país existen variaciones por región. Según la ENDSA, 1994 “las diferencias por lugar de residencia son notables. La mortalidad materna en los últimos diez años en la región del Altiplano se estimó en 591 muertes por causas materna por cien mil nacidos vivos, más que doble que en los Valles (286 muertes) y entre tres y cuatro veces mayor que en los Llanos (166 muertes)” (ENDSA, 1994: 15). En comparación a otros países vecinos con condiciones económicas similares, la tasa de mortalidad materna en Bolivia es superiores; más que el doble que en Ecuador y 33% más alta que la de Paraguay.

Tres cuartas partes de las muertes maternas ocurren durante el embarazo o parto; las principales causas son hemorragia, aborto inducido e hipertensión. Las infecciones y la toxemia son también importantes factores que contribuyen a la mortalidad materna (CIAES, 1991). Datos no publicados de la Secretaría Nacional de Salud (SNS) estiman que el aborto es responsable por 27-35% de la mortalidad materna. Las causas sociales de la mortalidad materna incluyen el bajo nivel general de salud, altas tasas de fertilidad, extrema pobreza y falta de acceso a salud y saneamiento básico (Rance, 1990). La tasa de mortalidad materna en áreas rurales es cuatro veces mayor que en las áreas urbanas (ENDSA, 1994). Sin embargo, las áreas rurales en la región de los Llanos han tenido una gran mejoría en la última década (Parras, 1995).



La información sobre morbilidad materna es muy escasa, pero se estima que los problemas obstétricos y ginecólogos fueron responsables por un tercio de las hospitalizaciones en 1982-83 (Parras, 1995).

## **Atención Prenatal y del Parto**

De acuerdo a la ENDSA de 1994, 53% de las embarazadas reciben atención prenatal y 47,2% tienen sus partos con atención médica. De las que reciben estos servicios prácticamente todas son atendidas por un médico. Sólo poco más de un tercio de las mujeres que están esperando el sexto hijo en adelante reciben atención prenatal. Las diferencias regionales son impactantes; en áreas urbanas dos tercios de las mujeres tienen control prenatal mientras que en la región rural del Altiplano la cobertura es sólo 20%.

El nivel de aplicación de la vacuna antitetánica para embarazadas es a menudo usado como un indicador para medir la calidad de los servicios prenatales. A pesar de que casi la mitad de las mujeres en Bolivia ven un médico durante el embarazo, sólo 22% recibe las dos o más dosis recomendadas. Casi 60% de todas las mujeres no obtiene ninguna dosis durante el embarazo (ENDSA, 1994).

De acuerdo a la ENDSA de 1994, 43% de los partos son atendidos por médicos; 40% por el marido/compañero/parientes/otras personas; 10% por una partera tradicional; 4,5% por enfermera o auxiliar y 2% de los partos no tienen ninguna asistencia. También aquí hay grandes diferencias regionales. Mientras el 61,2% de las mujeres en los Llanos tienen sus partos en algún local de salud, 70% de las mujeres del Altiplano tienen sus partos en casa (ENDSA, 1994).

## **Lactancia**

De acuerdo a la ENDSA de 1994, el 96% de los recién-nacidos son amamantados por lo menos una vez. El promedio de la duración de la lactancia es 17,5 meses, pero después de tres meses la lactancia es habitualmente suplementada con otros alimentos. Ochenta por ciento de los niños todavía están amamantando a los 12 meses, sin embargo más o menos un tercio de los niños comienza a comer otros alimentos antes de los dos meses. En efecto, un estudio encontró que entre los quechuas y aymaras pocas mujeres inician la lactancia inmediatamente después del parto. La mayoría les da primero agua de anís para limpiar los intestinos del recién-nacido. La mitad de las mujeres no comienza la lactancia hasta dos o tres días post-parto de forma que los recién-nacidos a menudo pierden los beneficios del calostro. Muchas mujeres consideran el calostro un veneno para sus bebés pensando que produce cólicos (CIAES, 1991). Otro estudio del Instituto de Lengua y Cultura Aymara encontró que la mayoría de las mujeres aymaras tanto urbanas como rurales daban el pecho después de la salida de la placenta por razones culturales, aunque algunas entrevistas dijeron explícitamente que el niño lloró demasiado y por esta razón le dieron el pecho más antes (ILCA, 1995). Un estudio de Bartos (1991) encontró que sólo la mitad de las mujeres que tuvieron alguna forma de atención institucional habían recibido orientación sobre los beneficios de la lactancia y como asegurar su éxito.

La práctica de postergar el inicio de la lactancia ha sido incorporada a los patrones de atención médica. Cuando se le preguntó al personal de salud cual sería el tiempo apropiado entre el parto y el comienzo de la lactancia, más del 50% respondió que los niños deberían estar separados de sus madres por varias horas en los partos normales. En las cesáreas, el 82% pensaban que los recién nacidos deberían estar separados de sus madres; 44% hasta seis horas; 28% seis a doce horas y 10% más de doce horas.

### **Operación Cesárea**

Las estadísticas de la SNS de 1992 indican que el 15% de las mujeres tuvieron su parto por cesárea. Sin embargo, en algunos hospitales esto llega a casi 25% y a 60% en algunas instituciones privadas (PAHO, 1990). En un hospital público de Riberalta, llegó hasta 71% en 1992 pero ha bajado a 21% para 1994 (SNS, 1995a). Una encuesta anterior (ENDSA, 1989) encontró que las mujeres referían tasas un poco menores que las de la SNS. Esta encuesta encontró que 12,3% de los partos urbanos y 3,4% de los rurales fueron por cesárea. La tasa más alta fue en Los Llanos con 14,4%, seguido por los Valles por 6,9% y El Altiplano 5,7%. Las mujeres con nueve o más años de educación tenían las más alta tasa de cesárea (19,3%). Igual que en Brasil y en otros países mas desarrollados, el aumento del uso de la cesárea en Bolivia tiene muchas causas. De acuerdo a Zaiko Chiba, de la Cooperación Italiana, la falta de personal en los servicios de salud lleva a que las mujeres queden solas durante largos períodos de tiempo durante el parto. Esto haría a las mujeres elegir una solución más rápida y menos dolorosa (Chiba, 1995). Además, Rance informa que los médicos algunas veces hacen cesáreas por conveniencia económica o como una justificación para la esterilización (Rance, 1990).

### **Esterilidad**

La frecuencia de la esterilidad en Bolivia es desconocida. Rance estudió las mujeres del mercado en La Paz y llegó a las siguientes conclusiones en relación a la percepción de las mujeres sobre la esterilidad: "No tener niños puede ser muy perjudicial para la identidad de la mujer, su rol en la familia y su casamiento. Pero una familia de uno, dos, o tres niños como resultado de sub-fertilidad o esterilidad, aunque el compañero quisiera tener más, es aceptado y agradecido como el deseo de Dios" (Rance, 1994b). Hay varios estudios en Bolivia, mostrando como la esterilidad puede tener efectos negativos sobre el estatus de la mujer en la familia, dependiendo del contexto individual de la mujer.

## **Aborto**

**El aborto inducido no es legalmente permitido en Bolivia excepto cuando hay riesgo de vida de la mujer, cuando el embarazo es resultado de violación o incesto o hay malformación fetal. A pesar de que el aborto está prohibido en la mayoría de los casos, los estudios indican que se practica ampliamente.**

- **Los informes de la USAID muestran una tasa de aborto de 23/1.000 mujeres en edad reproductiva, lo que significaría una tasa muy alta (USAID, 1990).**
- **Se calcula que en Bolivia se realizan alrededor de 115 abortos por día; entre 40.000 y 50.000 por año (Dibbits y Terrazas, 1995).**
- **Un estudio en La Paz en 1981 encontró que 23% de las mujeres en edad reproductiva habían tenido por lo menos un aborto (Saldías y del Castillo, 1981 citado por Parras, 1995).**
- **Un informe más reciente muestra que seis de cada diez mujeres bolivianas han tenido por lo menos un aborto (Hoy, 1994 citado por Parras, 1995).**
- **Las clínicas de CIES en El Alto informan que todos los días reciben casos de mujeres con complicaciones de aborto incompleto (Prudencio, 1995).**
- **Un estudio de 1988 de revisión de historias clínicas encontró que 40% de las pacientes habían tenido un aborto provocado (MPSSP, 1989b).**
- **Un hospital de la Cooperación Italiana trata 14 mujeres por mes por aborto incompleto y el promedio fue de 11 por mes en 1994 (Chiba, 1995).**
- **Un estudio de ciudades urbanas de la SBGO señala que la tasa de aborto es muy prevalente en relación a la población de mujeres en edad fértil en Sucre, un poco menor en Cochabamba y Oruro, y todavía más bajo en La Paz y Santa Cruz (Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia, 1984 citado en Taborga, et. al., 1988.)**
- **Un estudio de 1989 encontró que la proporción entre abortos y partos en Bolivia era menor que en Colombia, Perú y Venezuela (Pardo y Uriza, 1991).**

**Una serie reciente de 317 entrevistas con mujeres de la Universidad de San Simón en Cochabamba informa sobre la visión de mujeres educadas en relación al aborto. Tres cuartos de las**

mujeres dijeron que se oponían al aborto, 10% indicando como principal razón que el embarazo es prevenible y constituye un castigo por tener relaciones sexuales. De las mujeres que estaban a favor del aborto, casi todas pensaban que es un derecho de la mujer escoger que hacer con el embarazo (Machicao, 1995; Montaña del Granado, 1995). Es interesante destacar que las mujeres que comenzaron su vida sexual después de los 22 años eran, en mayor proporción, favorables al aborto que las que habían comenzado antes. Cuando se les preguntó si habían tenido un aborto, 8% de las mujeres dijo que sí y 19% se negó a responder a la pregunta (Machicao, 1995).

En una encuesta con líderes representativos de sectores claves de la sociedad, la mayoría identificaba la falta de educación sexual como primera causa del aborto inducido; mientras que la minoría señalaba en primer lugar "la existencia de factores estructurales y socioeconómicos que influyen en la decisión de una mujer de seguir adelante con un embarazo, o de interrumpirlo mediante el aborto. Sólo 2 de los 191 entrevistados mencionaron la falta de acceso a información y servicios de planificación familiar como causante del problema" (Rance y García, 1990).

Las costos humanos y financieros del aborto inducido en Bolivia son muy altos. Un tercio de las muertes maternas son atribuidas a abortos auto-inducidos (USAID, 1990). Se estima que hay 60 muertes por cada 10.000 abortos en Bolivia comparado con 0,5/100.0000 en los Estados Unidos, donde el aborto es legal. Muchos abortos inducidos clandestinos se conducen en condiciones deplorables y pueden costar \$100 o más (Montaña del Granado, 1995). Se estima que cerca de la mitad de las salas de maternidad están ocupadas por pacientes con complicaciones de aborto (Dibbits y Terrazas, 1995).

### **ETS, VIH/SIDA y Cánceres Reproductivos**

En un proyecto financiado por USAID, la información sobre la prevalencia de ETS en áreas urbanas está siendo actualmente recolectada. Hasta la fecha, la mayor parte de los estudios sobre ETS en Bolivia, se han centrado en el diagnóstico en grupos de prostitutas. Un trabajo en La Paz, en esta población, revela que en cualquier mes, más o menos 30% de las mujeres estudiadas tienen sífilis, 17% gonorrea y 17% chlamydia. En El Alto, la chlamydia es un poco más frecuente que en La Paz (USAID, 1994). Un estudio realizado por CENDA en dos zonas del área rural de Cochabamba encontró que 23 y 36% de las muestras de sangre de personas eran positivas para sífilis (CENDA, 1993).

Un estudio con prostitutas aymaras encontró que menos de 5% usaba condones y que su nivel de conocimiento acerca de SIDA y su percepción de riesgo era muy bajo. La mayoría dijo que no usaba condones porque podrían disminuir sus ingresos (Gisbert y Quitón, 1994). Aún después de haber sido educadas sobre ETS, 60% de las prostitutas seguía sin tener un concepto claro de como la

enfermedades se transmiten y se previenen (Gisbert y Quitón, 1993). Entre prostitutas de centros nocturnos en La Paz, se encontró que el 57,1% había tenido una o más ETS (Vega, et. al., 1993). La resistencia de la gonorrea a la penicilina y a otros antibióticos se está transformando en un problema en algunas áreas.

Hay muy poca información sobre prevalencia de ETS en mujeres que no practican el comercio sexual. PROSALUD, en La Paz, informa que han encontrado un aumento del número de mujeres que refieren una a cinco ETS entre 1993-94, pero esto no necesariamente indica un aumento de la frecuencia sino que puede indicar que se está investigando mejor el problema.

El grado de concientización sobre ETS es bajo como muestra un estudio en dos áreas de Tarija con 501 mujeres y 240 hombres en 1993. La mitad de los entrevistados en esta área rural no sabía que las enfermedades podían ser transmitidos por el sexo (Skibiak et al., 1994). El mismo estudio encontró que menos de un tercio de las entrevistadas sabía de la existencia del Papanicolaou u otros sistemas para detectar el cáncer. Sólo una de cada nueve podría identificar el nombre del examen y dar una idea general sobre para que servía. Debido a que el estudio tomó una muestra muy pequeña y sólo en áreas rurales, no puede considerarse representativo de la población boliviana. Sin embargo, de alguna manera muestra que hay un acceso muy pobre y poco conocimiento sobre intervenciones sobre salud reproductiva en el área rural.

De acuerdo a la OPS, la prevalencia de SIDA en mujeres es 0/100.000 y 1,9/100.000 en los hombres (OPS, 1993b). Información más reciente (USAID, 1994) muestra que la prevalencia total es 0,52/100.000 habitantes. Desde 1985 cuando se detectó el primer caso se han encontrado 161 personas positivas para VIH y 95 han desarrollado SIDA. Cerca de 90% de los casos son en personas entre 20 y 49 años. Un cuarto de los casos VIH positivos son mujeres y 85% de ellas en mujeres que se identifican como esposas y madres sin historia de prostitución, indicando que la mayoría de las mujeres son infectadas por sus maridos. Hasta la fecha, sólo cuatro casos de SIDA perinatal han sido registrados en todo el país pero el análisis de VIH no se hace rutinariamente en el control prenatal ni en el recién-nacido.

Santa Cruz y Beni son los departamentos con la más alta prevalencia de SIDA; esto puede deberse a su proximidad con Brasil, con una frontera de más de 3.000 kilómetros. Más de 80% de los bolivianos infectados son descendientes de españoles (no indígenas). Los infectados son principalmente empleados de comercio, técnicos o de otros campos profesionales. Dentro de estos grupos hay mayor probabilidad de viajes internacionales y contactos con personas contaminadas y con prostitutas.

La información sobre la prevalencia de cánceres ginecológicos es muy escasa en Bolivia. Un estudio en La Paz entre 1978/79 encontró que el cáncer cervical y el de mama eran los más frecuentes

(MPSSP, 1989a). Un estudio del cáncer cérvico-uterino alrededor del mundo comparó la incidencia en La Paz en mujeres entre 35-64 años (154/100.000 residentes) con la de San Pablo (66/100.000 residentes) y con el estado de Connecticut en los Estados Unidos (20,7/100.000) (PAHO, 1990). Entre los 284 exámenes de Papanicolaou realizados en Cochabamba en el área rural en 1993-94, sólo un tercio de las mujeres tenía resultados normales. Tres de cada cinco mujeres tenían algún tipo de infección o inflamación, 2% displasia leve y 1,2% displasia moderada (Skibiak, et al., 1994).

### **Adolescentes/Adultos Jóvenes**

Casi el 22% de las mujeres en edad fértil son mujeres que se encuentran entre los 15 y 19 años de edad (ENDSA 89). Aproximadamente 10% de los nacimientos en Bolivia ocurre en adolescentes (Rance, 1990). Las ENDSA-89/94 indican que 18% de las mujeres entre 15 y 19 años son madres. Cuarenta por ciento de las mujeres de 19 años ya han sido madres o están embarazadas y 9% de las mujeres de 19 años han tenido dos niños. Las más altas tasas de embarazo en la adolescencia se encuentran en mujeres que no fueron a la escuela, de las áreas rurales y en las que viven en la región de Los Llanos. El embarazo es la principal causa de muerte en las mujeres adolescentes. UNICEF informa en 1992 que una niña en el área rural que tiene un niño soltera puede quedarse en la casa sin sufrir, habitualmente, ninguna discriminación. Sin embargo, en las áreas urbanas, cuando una mujer se embaraza, esto es visto como una afrenta a la dignidad de la familia y la mujer corre riesgo de ser expulsada de la casa y abandonada. Este patrón de estigmatización social contribuye a las altas tasas de aborto en Bolivia. A veces las mujeres jóvenes se someten al aborto en contra de su voluntad o porque están bajo mucha presión de los familiares del enamorado o del mismo enamorado (Dibbits y Terrazas, 1995).

La ENDSA de 1994 muestra que la edad promedio de la primera unión es 20 años y este número no ha variado en las últimas dos décadas, mientras la mediana de la edad de la primera relación es 19. No hay grandes diferencias en la edad de la primera unión entre residencia urbana y rural. La educación hace aumentar la edad de la primera relación. También hay diferencias regionales; en Beni y Pando (Los Llanos) las mujeres se casan en promedio tres años antes que en Cochabamba (21,6 versus 18,2). El matrimonio o unión es prácticamente universal en Bolivia. Sólo el 4% de las mujeres no habrán tenido ninguna unión al fin de su edad reproductiva. La edad en que la ley autoriza el casamiento es 16 para las mujeres y 18 para los hombres (Vidal-Zeballos, 1994). A pesar de que no ha habido muchos cambios en la edad de unión o de la primera relación sexual, el número ideal de niños deseados es mucho menor que en cohortes anteriores. En mujeres de 15-19 años en la ENDSA de 1994, el número ideal promedio de hijos era 2,1. Esto contrasta con los 3 hijos pensados por las mujeres de 45 a 49 años.

La mayoría de los niños crece con poca o ninguna educación sexual. En las áreas rurales las niñas no tienen ni acceso a contacto con compañeras de las que puedan obtener esta información

(Rance, 1994b). Sin embargo, la ENDSA de 1989 indica que las adolescentes saben de la existencia de los anticonceptivos. Más del 60% conoce un método moderno y 70% conoce algún método moderno o tradicional. El método más ampliamente conocido en las áreas urbanas es la píldora, seguida por la esterilización y la abstinencia periódica. En áreas rurales, los adolescentes están más familiarizados con la abstinencia periódica, seguida por la esterilización y la píldora, aunque menos de un tercio de los adolescentes, sean solteros o en unión, saben identificar correctamente el período fértil de la mujer. El DIU es un método con mayor crecimiento tanto en conocimiento como en uso por parte de las mujeres en edad fértil.

## PATRONES DE USO DE ANTICONCEPTIVOS

La Tabla 3 da información sobre uso pasado y actual de anticonceptivos. Como indica la encuesta, el porcentaje de mujeres que usan métodos tradicionales se ha doblado prácticamente en la última década. La abstinencia periódica o ritmo es responsable por la mayor proporción de uso de métodos tradicionales. El uso de métodos modernos ha aumentado casi 80% en la última década pero aún continúa relativamente bajo. De los métodos modernos en uso, el DIU es el más popular, seguido por la esterilización quirúrgica y la píldora. Sólo el uso del DIU ha aumentado considerablemente en los últimos cinco años. La proporción de parejas que usan condones, métodos vaginales e inyectables combinados está por abajo de 3%. La ENDSA de 1994 ni siquiera incluye la esterilización masculina en la lista de métodos. En la ENDSA de 1989 se encontró que el uso de la vasectomía era prácticamente nulo. Sólo unos pocos hombres en áreas urbanas de Los Llanos había adoptado este método.

<b>Tabla 3: Cambios del Método Usado por Mujeres en Unión, a Través del Tiempo</b>			
ENCUESTA	ENPM 1983	ENDSA 1989	ENDSA 1994
<b>METODO</b>			
<b>Métodos Modernos</b>	<b>9,9</b>	<b>12,2</b>	<b>17,7</b>
Píldora	2,7	1,9	2,8
DIU	3,4	4,8	8,1
Esterilización	2,4	4,4	4,6
Otros métodos*	1,4	1,1	2,2
<b>Métodos Tradicionales</b>			
<b>Ritmo</b>	<b>12,7</b>	<b>16,1</b>	<b>22,0</b>
Otros	1,0	1,9	5,6
<b>Total Uso</b>	<b>23,6</b>	<b>30,3</b>	<b>45,3</b>

\* Otros métodos incluyen inyectables y métodos vaginales.

Fuentes: Belmonte y Pooley, 1984; ENDSA 1989 y 1994.

Los resultados de la ENDSA de 1994 muestran que la prevalencia de uso de métodos modernos varía por región. Por ejemplo, la esterilización quirúrgica es más usada que el DIU en casi todos los departamentos de Los Llanos. El uso de la píldora es 12 veces mayor en Los Llanos que en El Altiplano. Aún dentro de Los Llanos, con la excepción de los vaginales y "otros tradicionales", la prevalencia de todos los otros métodos es más alta en Santa Cruz que en Beni y Pando. De la misma manera, el uso de casi todos los métodos es más frecuente en La Paz, que es más urbana, que en Oruro y Potosí. Sin embargo, en la región de Los Valles, Tarija es el departamento con prevalencia más alta, a pesar de ser menos urbana que Cochabamba. Tarija es el único departamento donde los inyectables parecen ser más populares y estar más disponibles que en otros. Este es también el departamento con la más alta prevalencia total. La explicación puede estar en el hecho de que este departamento tiene frontera con Argentina, y mantiene un gran flujo migratorio, que le permite tener más acceso a ideas sobre anticoncepción y a métodos.

<b>Tabla 4: Uso de Anticonceptivos por Región</b>						
	<b>Total</b>	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>	<b>Altiplano</b>	<b>Valles</b>	<b>Llanos</b>
<b>ALGUN METODO</b>	<b>45,3</b>	55,0	31,3	43,6	42,2	52,0
<b>Método Moderno</b>	<b>17,8</b>	25,3	6,9	11,9	15,7	31,1
Píldora	2,8	4,2	0,7	0,7	1,3	8,6
DIU	8,1	11,5	3,0	8,3	8,2	7,4
Inyectable	0,8	1,0	0,4	0,2	0,8	1,8
Vaginal	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,2
Condón	1,3	2,0	0,4	1,1	1,5	1,6
Esterilización	4,6	6,2	2,3	1,5	3,9	11,3
<b>Métodos Tradicionales</b>	<b>27,5</b>	29,6	24,5	31,7	26,5	21,0
Ritmo	22,0	25,2	17,5	26,6	18,0	18,1
Coito interrumpido	1,7	1,7	1,6	1,1	2,5	1,7
Otros	3,9	2,8	5,4	4,0	6,1	1,1
<b>No Usa</b>	<b>54,7</b>	45,0	68,7	56,4	57,8	48,0

Fuente: 1994 ENDSA

<b>Tabla 5: Uso de Anticonceptivos por Departamento</b>								
	<b>Altiplano</b>			<b>Valles</b>			<b>Llanos</b>	
	<b>La Paz</b>	<b>Oruro</b>	<b>Potosí</b>	<b>Chuqui- saca</b>	<b>Cocha bamba</b>	<b>Tarij a</b>	<b>Santa Cruz</b>	<b>Beni/ Pando</b>
<b>ALGUN METODO</b>	<b>46,5</b>	<b>39,1</b>	<b>36,3</b>	<b>35,5</b>	<b>41,2</b>	<b>54,9</b>	<b>54,0</b>	<b>40,4</b>
<b>Método moderno</b>	<b>13,9</b>	<b>11,2</b>	<b>5,7</b>	<b>8,3</b>	<b>15,5</b>	<b>25,7</b>	<b>32,3</b>	<b>23,6</b>
Píldora	0,9	0,5	0,0	0,7	0,6	4,8	9,3	4,4
DIU	9,7	8,5	3,7	5,0	8,9	9,0	8,0	3,7
Inyectable	0,2	0,0	0,2	0,0	0,4	3,5	1,9	1,5
Vaginal	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,4
Condón	1,3	1,1	0,6	0,4	1,7	1,8	1,8	0,2
Esterilización	1,7	1,1	1,0	2,2	3,7	6,6	11,0	13,3
<b>Método Tradicional</b>	<b>32,7</b>	<b>28,0</b>	<b>30,5</b>	<b>27,2</b>	<b>25,7</b>	<b>29,2</b>	<b>21,6</b>	<b>16,8</b>
Ritmo	29,5	24,2	17,9	16,2	16,9	24,2	18,7	14,6
Coito interrumpido	0,9	1,9	1,2	2,9	1,9	4,5	1,9	0,7
Otros	2,2	1,8	11,4	8,1	6,9	0,5	1,1	1,5
<b>No Usa</b>	<b>53,5</b>	<b>60,9</b>	<b>63,7</b>	<b>64,5</b>	<b>58,8</b>	<b>45,1</b>	<b>46,0</b>	<b>59,6</b>

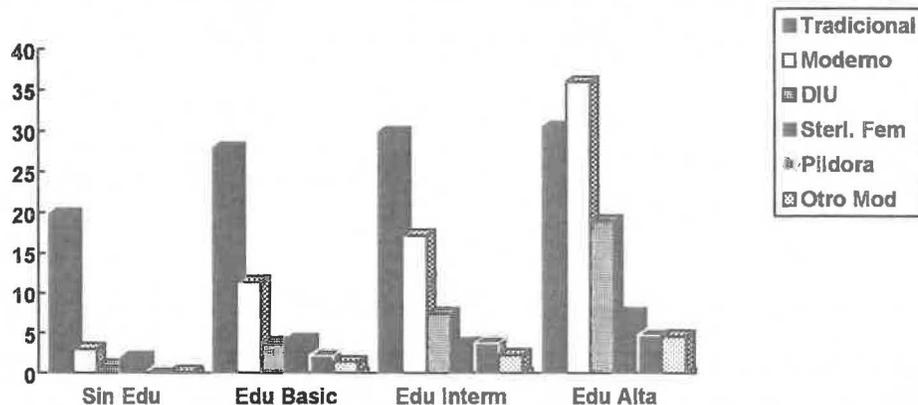
Fuente: 1994 ENDSA.

Al menos un estudio refuta el hecho de que 55% de la población no usa anticonceptivos. Rance cita un estudio realizado en El Alto en el cual "todos los entrevistados estaban usando o tratando de usar algún método para evitar el embarazo, aunque fuera el desprestigiado método de la abstinencia total o esporádica, lactancia, infusiones de hierbas, etc.; inclusive el aborto como recurso para las fallas" (Rance, 1995).<sup>1</sup>

No sorprende que las mujeres que tienen un nivel de educación más alto tengan un nivel más alto de uso de anticonceptivos modernos; sin embargo muy pocas escogen la píldora, inyectables o cualquier método que no sea de larga duración. Casi la mitad de las mujeres con alto nivel de educación que están usando anticonceptivos usan algún método tradicional. Aparentemente este grupo consigue usar estos métodos eficientemente o tienen un fácil acceso al aborto porque la tasa de fertilidad total de este grupo es 2,7, mucho menor que el esperado por la tasa de uso de métodos modernos.

<sup>1</sup> Rance cita Aborto, Género, y Salud Reproductiva. Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Primaria en El Distrito III de la Ciudad de El Alto realizado por CIDM/PRODIR II, 1994-95

**Gráfico 2: Uso de Anticonceptivos Según Nivel Educativo**



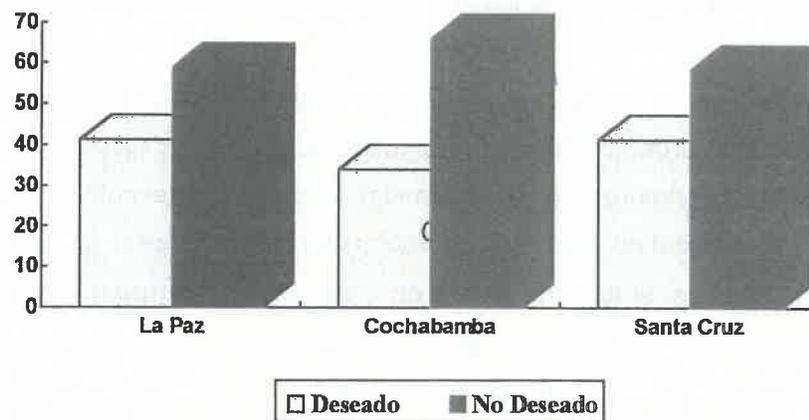
Fuente: 1994 ENDSA

### **Demanda Insatisfecha de Métodos para Limitar o Espaciar los Nacimientos**

La ENDSA de 1994 estima que la demanda insatisfecha por métodos anticonceptivos es de 24,3% y la tasa total de fertilidad es 4,8 pero el ideal de familia es 2,5 hijos. Esto indica que, en promedio, las mujeres tienen 2,3 hijos más de los que les habría gustado tener. Es interesante destacar que el número ideal de hijos varía muy poco con el nivel educativo. Las mujeres sin educación formal desean tener 2,7 hijos, mientras que las que tienen educación secundaria desean 2,4. En varios segmentos de edad, las mujeres sin educación desean tener menos hijos que las más educadas. Las cohortes más jóvenes desean tener familias con menos hijos.

En las mujeres de 15-19 años, el ideal de familia es 2,1 mientras que en las de 45-49 es 3. Una diferencia notable es que en las mujeres con un nivel de educación más alto, la diferencia entre el ideal y la realidad es menor que en las mujeres sin educación. Más de dos tercios de todas las mujeres bolivianas (sin incluir las que ya están esterilizadas) no desea tener más hijos y 12,5% desea postergar el próximo nacimiento por lo menos 2 años, mostrando que hay una muy importante demanda por limitar y espaciar los nacimientos entre las mujeres bolivianas.

**Gráfico 3: Opinión Sobre el Embarazo más Reciente,  
Porcentaje de Mujeres en Edad Reproductiva**



Fuente: Rance, 1990. Encuesta sólo con mujeres urbanas, realizada por Roosta, 1989.

Investigadores de varios países en desarrollo han estado trabajando para descubrir porqué las mujeres que no desean tener más hijos no usan anticonceptivos. Un estudio en Bolivia con 272 mujeres rurales de Tarija encontró que 46% de las que no querían tener más hijos, no tenían información sobre métodos y/o sobre cómo obtenerlos. Otro 30% pensaban que tenían un bajo riesgo de embarazarse porque tenían pocas relaciones o porque estaban en la menopausia, eran estériles o estaban en amenorrea post-parto (Skibiak, 1994). De esto se desprende que muchas mujeres en edad reproductiva podrían no usar métodos aunque tengan acceso a ellos, basadas en sus opiniones acerca del riesgo de quedar embarazadas. Los otros aspectos que explican la necesidad insatisfecha serán discutidos después en este trabajo.

## PARTE III

### POLITICAS DE SALUD MATERNA Y PLANIFICACION FAMILIAR

Mientras las políticas de salud reproductiva han estado centradas en la reducción de la mortalidad materna e infantil, el debate sobre la política de población y planificación familiar ha estado dominado por dos temas. El primero es la poca cantidad de población del país y la mala distribución de ella. El segundo y más discutido es el de la oposición de las autoridades, iglesia y otros grupos, a la intervención extranjera en el área de población y planificación familiar, como reacción a las campañas internacionales antinatalistas de las décadas 1960 y 1970. En los últimos años la importancia de incluir servicios de anticoncepción en el contexto de la salud reproductiva ha pasado a ser más aceptado en la medida en que avanza el convencimiento de se trata de evitar, con su difusión, mayores deterioros de la salud pública. Dado que bastante más de la mitad de la población es indígena, esta preocupación es muy importante para las autoridades y trabajadores de la salud que desean aumentar el uso de la anticoncepción como una forma de reducir la mortalidad materna.

#### ANTECEDENTES

Bolivia ha sido tradicionalmente un país pronatalista, debido principalmente a que su crecimiento y densidad de población han sido bajos comparados a la mayoría de los países latinoamericanos y otros países en desarrollo. Las políticas de población en Bolivia se han centrado en la mejoría de la distribución de la población más que en reducción de la fertilidad. Un acalorado debate sobre población se inició en 1968 cuando la película "Sangre de Cóndor" hizo pública la acusación de que las mujeres latinoamericanas del sector agrícola estaban siendo esterilizadas contra su voluntad por voluntarios del Cuerpo de Paz. Dos comisiones fueron establecidas, una del Congreso Boliviano y otra de nivel universitario para investigar estas acusaciones. De acuerdo a Jorge Sanjinés, director de la película, "las comisiones concluyeron que el Cuerpo de Paz estaba esterilizando mujeres irresponsablemente" (Rance, 1990). Los hallazgos de las comisiones no fueron aceptados por todos y el incidente todavía se cita como controversial en la literatura actual. Sin embargo, el legado de esta controversia aún afecta la opinión pública en relación a población.

Entre 1974 y 1976, el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (MPSSP), con un financiamiento de USAID y FNUAP, apoyó la distribución de anticonceptivos, educación sexual y servicios materno-infantiles. De acuerdo con Rance, 1990, el principal objetivo del programa era la reducción de la fertilidad en vez de una respuesta a la demanda insatisfecha de planificación familiar. Los servicios fueron denunciados enérgicamente por la iglesia católica y posteriormente por varias

otras instituciones y organizaciones, entre ellas los sindicatos (Rance, 1990). Reaccionando en parte a presiones internas y a los resultados del Censo de 1976, en los que se un millón de habitantes menos que lo predicho por las proyecciones demográficas, el gobierno comenzó a desmontar el programa de planificación familiar. El gobierno cerró las clínicas del Centro de Orientación Familiar (COF) dos veces durante el período 1972-78 y el Director Ejecutivo de la organización fue encarcelado por un breve período. El COF era la filial asociada a IPPF en ese tiempo. En septiembre de 1977, otra asociación de planificación familiar, PROFAM, paró de funcionar debido a un decreto del gobierno.

Por el mismo tiempo, las protestas de la iglesia llevaron a cancelar el programa público de planificación familiar y a la renuncia del Ministro de Salud. En general, la década de 70 y hasta el comienzo de los 80s se caracterizó por la inestabilidad de los programas públicos de salud reproductiva y por una vigilancia muy estrecha a los servicios privados.

En 1986 la Secretaría Técnica de CONAPO, del Ministerio de Planeamiento y Coordinación, con el MPSSP produjeron un documento titulado "Consideraciones Sobre Políticas de Población y de Salud en Bolivia", resultado de un seminario con el mismo nombre realizado en julio de 1986. El objetivo fundamental del documento fue recomendar que las políticas tuvieran como objetivo mejorar la calidad de vida de los bolivianos, especialmente de los grupos marginados. Establecía que el país necesitaba una población mayor y mejor distribuida, estableciendo también que el control de la fertilidad no podría ser parte de las políticas nacionales. Sin embargo, afirmaba el derecho de las parejas a tener acceso a los métodos de planificación familiar y a la educación. Este documento fue un paso inicial para reabrir el diálogo público sobre población (UNFPA, 1990, Romero, 1993).

El Plan Nacional de Rehabilitación y Desarrollo para 1984-87 concluyó que "el problema más importante en Bolivia era el bajo crecimiento de la población productiva causada principalmente por una alta mortalidad infantil y un balance migratorio negativo y la incapacidad de la economía nacional para producir empleo y mejores condiciones de vida". El gobierno pensó que estos problemas podrían ser manejados con intervenciones económicas y estrategias para disminuir el crecimiento urbano. Algunas de las normas del Plan incluían la mejoría de los derechos de la mujer, lactancia prolongada y educación sexual, aunque estos temas no eran priorizados (UNFPA, 1990). Sin embargo, muy pocas acciones resultaron de las recomendaciones del Plan en el sector público.

El rechazo al "control de la natalidad" promovido por otros países se confirmó cuando un borrador del informe del Banco Mundial sobre Estrategias de Población, Salud y Nutrición, en 1988 fue hecho público. Este documento llamaba a limitar la fertilidad no sólo para beneficiar la salud de la madre y del niño, sino también para disminuir la cantidad de población, para disminuir la presión sobre

los servicios públicos, nivel de empleo y el reducido producto per capita. El borrador proponía dar servicios subsidiados de planificación familiar a los pobres. La iglesia y otros grupos progresistas denunciaron el informe, alegando que los problemas económicos y de desarrollo de Bolivia no serían resueltos con campañas masivas de planificación familiar.

La población comenzó a solicitar más activamente servicios de salud reproductiva y de educación sexual en la década de 1980, principalmente en respuesta a las muy altas tasas de mortalidad materna y de aborto inducido. Una encuesta del CONAPO en 1989 encontró que el 93% de los funcionarios públicos de alto nivel, parlamentarios y representantes de ONGs estaban a favor de tener una política de población. Algunos argumentan que este estudio podría estar sesgado porque muchos de los entrevistados estaban ya realizando actividades de población (UNFPA, 1990:23). Los autores fueron criticados por no haber consultado con las instituciones más importantes de salud del país antes de comenzar la encuesta. En 1989, fue realizado un seminario llamado "La Lucha Contra el Aborto", organizado por el Ministerio de Salud de Bolivia y la Conferencia de los Obispos Católicos y financiado por USAID, que sirvió como un catalizador para movilizar los defensores de la salud y autoridades acerca de el problema del aborto. Este evento identificó dos factores, falta de educación sexual y acceso restringido a la planificación familiar como los mayores factores del alto nivel de aborto y de mortalidad materna del país. El Ministerio de Salud financió dos seminarios más en 1989, uno sobre salud en adolescentes y otro sobre salud reproductiva.

En noviembre de 1989, un decreto del gobierno (#22345) estableció que la salud de los niños y mujeres eran prioridad nacional. Otro decreto de 1990 agrega la necesidad de incorporar a los adolescentes en las actividades de salud. Un tercer decreto de 1991 establece la extensión de la cobertura de salud a las áreas rurales a través del sistema primario de salud y el fortalecimiento de los esfuerzos para mejorar la nutrición de las embarazadas y mujeres en lactancia. También estableció que la educación básica de las mujeres es una prioridad nacional (Romero, 1993). Durante este tiempo fueron realizados los eventos que se detallan a continuación.

En mayo de 1990, 60 periodistas tuvieron una reunión para discutir "el control de la natalidad de los pobres". Este grupo solicitó al gobierno que introdujera una política para denunciar y penalizar a las organizaciones que presionaran a las parejas pobres a usar anticonceptivos con la promesa de regalos (De la Fuente, 1991). Esta reunión refleja el escepticismo acerca de la planificación familiar que imperaba en la década de 1970 y al comienzo de la década de 1980. A pesar de que las controversias continúan, al final de la década de los ochenta, numerosas organizaciones e individuos presionaron al gobierno boliviano a desarrollar una política de población/planificación familiar/salud reproductiva. Estas presiones persuadieron a CONAPO a preparar un proyecto para una legislación nacional sobre población y fertilidad.

En 1990, Bolivia implantó su primer programa nacional de salud reproductiva con el apoyo de USAID. Esto llevó al reconocimiento de que el acceso a la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva era de importancia vital y abrió el debate acerca de la planificación familiar en el contexto de los servicios de salud. El ímpetu de este programa de salud reproductiva viene de la comunidad de salud, especialmente de los ginecólogos bolivianos, que informan al gobierno sobre los beneficios potenciales de políticas explícitas de salud reproductiva. El estímulo no viene del temor al crecimiento rápido de la población como ha sido en otros países en desarrollo. Las preocupaciones más importantes son el aumento de los abortos sépticos y de las elevadas tasas de mortalidad materna. Miembros de la comunidad médica surgieron como defensores de los programas y como los principales vehículos a través de los cuales estos servicios podrían ser entregados a la población (Skibiak, 1993:1). Actualmente la planificación familiar es apoyada por sus beneficios de salud y su capacidad de permitir a los hombres y mujeres decidir el número de niños a tener y el momento de tenerlos. Antes de 1991, los servicios de salud reproductiva en el sector público estaban restringidos al parto, atención prenatal y post-natal (Romero, 1993).

La Ex-CONAPO, convertida en Dirección de Políticas de Población (DPP) debe participar en análisis secundarios de las políticas de población, de las ENDSA e investigaciones demográficas. Sin embargo, es el Ministerio de Desarrollo Humano el directamente responsable por los aspectos de salud reproductiva de las políticas de población, incluyendo la entrega de servicios anticonceptivos.

## **ACCIONES ACTUALMENTE EN DESARROLLO**

El Plan Vida, que es el plan oficial del gobierno, iniciado en 1994, establece que el país trabajará para reducir la mortalidad materna e infantil dando acceso irrestricto al cuidado materno, planificación familiar y detección de cánceres ginecológicos (Plan Nacional 1994:2). El gobierno espera reducir la mortalidad materna en 50% en cuatro años y en el mismo tiempo reducir la mortalidad perinatal en 30%.

Estrategias resultantes de esta política:

- 1) Entrenamiento y capacitación del personal de salud a todos los niveles para la entrega de servicios de salud materna y de planificación familiar de alta calidad.
- 2) Desarrollo de un sistema participativo y sostenible de redes locales de atención, obtención y distribución de equipos e insumos médicos, además de transporte para casos de emergencia.
- 3) Implementar un proceso de educación popular dirigido a los individuos, grupos organizados,

usuarias y proveedores de servicio sobre riesgos de la maternidad, para generar conciencia social de los mecanismos a través de los cuales se puede reducir la mortalidad materna e infantil.

- 4) Desarrollo de un sistema para evaluar y monitorizar la mortalidad materna de una manera continua (Plan Nacional, 1994:3).

La Secretaría de Salud espera alcanzar la reducción en la mortalidad materna e infantil aumentando el número de mujeres que recibe atención prenatal y mejorando la calidad de servicios.

El Plan Vida propone varias estrategias, una de las cuales es el establecimiento de un programa de planificación familiar voluntario con acceso universal para hombres y mujeres que puedan libremente escoger el tamaño de su familia y reducir el nivel de embarazos no deseados. También establece la implementación de un sistema de educación y orientación para mujeres con alto riesgo obstétrico que necesiten espaciar o limitar la fertilidad.

La responsabilidad por la implementación del Plan Vida recae directamente en la SNS. El trabajo específico es desarrollado a través de la Dirección Nacional de Salud y Nutrición de Mujeres y Niños (DNSNMN) que tiene la responsabilidad directa de la administración y supervisión general del Plan. El programa pretende cubrir el sector público (SNS), la previsión social (CNS) y el sector de medicina informal o tradicional. A nivel local, la ley de participación popular aprobada en 1994 estableció que los municipios (311) serían responsables por organizar, administrar, y monitorizar aspectos físicos y financieros de las actividades de desarrollo humano, incluyendo el Plan Vida.

El Plan Vida establece explícitamente que su población objetivo son las mujeres en edad reproductiva y lo(a)s adolescentes. La información veraz y completa, junto con los servicios de anticoncepción son considerados como herramientas valiosas en la lucha para reducir la mortalidad materna e infantil y para dar a las parejas la oportunidad del ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos. El Plan propone aumentar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar y hacer esfuerzos para que respondan mejor a las necesidades de los clientes.

Además de elaborar el Plan Vida en 1994, Bolivia redactó una Declaración de Principios Sobre Población y Desarrollo Sustentable y la presentó en la reciente CIPD en El Cairo. El documento afirma los principios de prevención, calidad de los servicios, libre elección, información adecuada y promueve las actividades de planificación familiar desde que sean voluntarias y no coercitivas. También establece que las mujeres que recurren al aborto deberán tener garantizado un tratamiento humano y orientación adecuada. Otros importantes aspectos de la declaración de Bolivia para la CIPD incluyeron:

- Inversión prioritaria en el fortalecimiento del capital humano que significa mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud primaria, poniendo especial énfasis en la salud reproductiva; la posibilidad de que cada vez más mujeres tengan acceso a la educación a partir de la Reforma Educativa; la posibilidad de un mayor acceso a los servicios de saneamiento básico a partir del apoyo a la capacidad de gestión de los municipios con la participación popular; y el logro de la seguridad alimentaria para toda la población a través de la promoción de unidades productivas.
- Respeto a las decisiones sobre la sexualidad y fecundidad de las mujeres y democratización de sus roles en la familia y la sociedad. A través de: promoción de acciones preventivas y educativas en lo referente a la maternidad segura; ampliación del acceso y mejoramiento de la calidad de la atención prenatal y del parto; difusión de información sobre salud reproductiva; apoyo a los servicios de planificación familiar; y difusión y promoción de los métodos de regulación de la fecundidad.
- La apertura de las oportunidades para todos debe ir acompañada de la capacidad consciente y responsable de las personas para elegir libremente, en todos los aspectos relativos a su vida personal y social. La información es necesaria para la planificación participativa así como para la planificación de la propia familia.
- Se reconoce el derecho de la población a la información y educación sexual y para la vida familiar. La información debe ser completa, objetiva y veraz, en una perspectiva integral que incluya componentes biológicos, psicológicos, culturales y espirituales, sobre una base respetuosa de la ética, los valores y cultura propia del país, para lograr una sexualidad biológica y éticamente sana, como base de una vida familiar responsable.
- La salud reproductiva es un componente de la salud integral (biológica, mental y social) y en razón del derecho que tienen las personas para gozar plenamente de todas sus potencialidades biológicas, emocionales y espirituales, según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud.
- Uno de los componentes de la salud reproductiva es la planificación familiar, como derecho humano fundamental de las "parejas e individuos de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos", en el sentido de que la decisión sobre el número de hijos y el espaciamiento de los embarazos debe ser decidido entre el padre y la madre, en un marco de mutuo respeto y de igualdad de derechos del hombre y de la mujer.

- Los servicios de salud reproductiva requieren la disponibilidad de los medios necesarios, así como de la posibilidad de acceso a información amplia, objetiva, completa y veraz, de tal modo que las opciones sean además de libres, permitan tomar decisiones con conocimiento de causa sobre los riesgos y beneficios implicados.
- Del mismo modo, las políticas referidas a población deberán ser decididas en el más amplio marco de autonomía y soberanía de la nación, sin lugar para coacción o presión alguna de naturaleza extranacional o internacional, respondiendo solamente al consenso que resulte del mejor interés del pueblo boliviano.

Además, el Ministerio de Desarrollo Sostenible y Medio Ambiente ha elaborado un documento que se llama "El Elemento Clave de Nuestro Desarrollo Es El Ser Humano" contiene lo siguiente en relación a la población:

"En principio, tomando en cuenta sólo la amplitud de su territorio Bolivia no parece tener una población numerosa, pero hoy es evidente que ni este, ni ningún otro país, puede darse el lujo de tener una población mayor que la disponibilidad efectiva de recursos para sustentarla decorosamente. Creciendo a una tasa anual de las más altas en Latinoamérica-2.4%-nuestra población está aumentando mucho más rápidamente que la actual capacidad para sustentarla. En 1995 habremos agregado a la población alrededor de 170.000 personas y contaremos con alrededor de 7.5 millones de habitantes. Al comienzo del nuevo siglo estaremos acercándonos a los 8.5 millones. Y en el año 2050 habremos llegado casi a los 17 millones. Por tanto, tenemos- sin duda- que esforzarnos al máximo por aumentar cuanto antes nuestras posibilidades de dar empleo, alimento, vivienda, salud y educación a más gente y en mejores condiciones" (p. 7-8).

## **SITUACION POLITICA Y LEGAL**

En general, las autoridades y los grupos de interés han llegado a coincidir en la necesidad prioritaria de reducir la mortalidad materna y el aborto. Sin embargo, no todos están de acuerdo en que ofrecer servicios de planificación familiar sea parte decisiva de la solución. La oposición a la planificación familiar viene de varias fuentes. La resistencia tradicional de la iglesia, que se opone a todos los métodos menos la abstinencia periódica, ha sido un importante obstáculo a la ampliación de los servicios de planificación familiar.

El código penal boliviano permite el aborto sólo en ciertos casos. Los médicos deben llenar una documentación especial para los pocos casos de abortos legales que se hacen en el país. Los

proveedores pueden ser encarcelados hasta por 6 años por realizar abortos no autorizados. Sin embargo, muy pocos han sido realmente procesados. La mujer puede recibir sentencias de uno a tres años de cárcel por someterse a un aborto y puede ser multada por haberse inducido un aborto (Romero, 1993). Según La Declaración de Principios sobre Población y Desarrollo Sostenible, "las políticas y programas sociales y de salud deben ayudar a la parejas, y en especial a las mujeres, a evitar el aborto proporcionándoles acceso a información, asesoramiento y servicios de planificación de la familia, para permitirles ejercer su derecho a decidir libre y responsablemente el número y espaciamento de hijos. No obstante, las mujeres que hubieran recurrido al aborto deben ser tratadas humanamente y con la debida orientación" (CIPD, 1994: 25).

La esterilización quirúrgica no es ilegal pero tiene una situación poco clara en el Código Médico. A pesar de esta ambigüedad, la esterilización es el método moderno más usado en la región de Los Llanos. De acuerdo a una publicación, una mujer debe tener 35 años, 4 hijos y el permiso del marido para ser esterilizada. Aun más, una mujer que pide una esterilización en Bolivia debe ser clasificada como alto riesgo obstétrico por un médico, antes de hacer el procedimiento. Haber tenido una cesárea habitualmente basta para cumplir este requisito. La vasectomía casi no existe en Bolivia y excepto en circunstancias especiales (Ross, et. al., 1993). Las normas de salud reproductiva de Bolivia establecen que la mujer debe tener un Papanicolau normal antes de recibir un DIU. Rance también encontró que en algunos hospitales exigen el permiso del marido o de otros miembros de la familia para usar cualquier método moderno (Rance, 1993).

La Ley General del Trabajo de 1943 garantiza a la mujer 45 días de reposo antes y después del parto gozando 100% de su salario. Las mujeres que reciben beneficios del sistema de Seguridad Social por el Código de Seguridad Social de 1956 también tienen derecho a una licencia de 45 días antes y después del nacimiento. Estas mujeres reciben un subsidio equivalente por lo menos al 100% del salario mínimo nacional y en algunos casos hasta el 60% de su salario normal. Además las mujeres tienen el derecho de tomar pequeños descansos durante el día para amamantar (Romero, 1993).

## PARTE IV

### EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En la primera mitad de la parte IV se presentan informaciones sobre los sistemas formal e informal en Bolivia con énfasis en los servicios de salud materna y de salud reproductiva y la capacidad de los servicios del sector público. La segunda parte se centra específicamente en servicios de anticoncepción. Una discusión sobre los servicios obstétricos y las relaciones entre el sector formal y tradicional, en relación a la atención al embarazo, está incluida en la Parte VI. El objetivo de esta Parte IV es analizar el contexto en el cual los esfuerzos, para introducir nuevos métodos anticonceptivos y mejorar los servicios de salud materna, deben ser considerados.

#### EL SISTEMA DE SALUD

##### Medicina Tradicional

Como fue mencionado anteriormente, es muy importante entender el uso de la medicina tradicional en Bolivia. Rance (1995) dice que muchos bolivianos buscan ayuda en la medicina tradicional antes de ir al sector formal por varias razones. La medicina tradicional es un mecanismo social utilizado por la gran mayoría de la población rural y sirve como alternativa al sector formal en las áreas urbanas. En efecto, un estudio encontró que 80% de los miembros de una comunidad utilizaban curanderos tradicionales (CENDA, 1993). En 1986, Bolivia se transformó en uno de los pocos países del mundo que han legalizado la medicina tradicional (Dibbits, 1994). A pesar de esto, la medicina tradicional no es bien considerada y es a menudo ignorada por la comunidad médica. La Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA) ha organizado seminarios y conferencias para enseñar a los proveedores en el sector formal sobre prácticas alternativas. SOBOMETRA y el Colegio Médico de Bolivia han trabajado juntos en investigaciones sobre plantas medicinales (Dibbits, 1994). Sin embargo, aún el papel de la medicina tradicional casi no es reconocido. Resulta claro que una revisión de la bibliografía sobre la salud reproductiva en Bolivia no estaría completa sin considerar como ambos sectores trabajan para servir las necesidades de salud de la población. Hay un pequeño número de estudios en relación al uso de curanderos en Bolivia y a continuación se resume una pequeña muestra de los trabajos disponibles.

En 1991, CIAES en colaboración con el proyecto MotherCare, realizaron un estudio cualitativo sobre el conocimiento, actitud y práctica de las mujeres en relación a la salud reproductiva. La investigación incluía cuestionarios y entrevistas en profundidad con mujeres aymaras y quechuas y parteras tradicionales. Una de las principales conclusiones de este estudio fue que habían dos

modelos de sistema de salud: el modelo biomédico que es la base del sistema formal y el modelo tradicional quechua-aymara.

“Cada sistema tiene una base teórica de fisiología humana que sustenta sus acciones preventivas y curativas y cada uno ofrece servicios que responden a una demanda que refleja como la comunidad escoge entre ellos. Entender cuan semejantes y cuan diferentes estos sistemas son y como ellos interactúan es un requisito para aumentar la utilización de los servicios formales de salud y también para mejorar las prácticas domésticas que tienen relación con salud materna y neonatal” (CIAES, 1991:40).

Tanto la medicina andina como la moderna no son estáticas (Dibbits, 1994). Cada una utiliza partes del otro sistema y los incorpora cuando es necesario.

### **Visión andina de salud y enfermedad**

Hay algunas importantes características de como la cultura andina interpreta salud y enfermedad. Entender estos hechos ayuda a explicar porqué la gente escoge este sistema. La descripción de la medicina tradicional publicada en un volumen de CENDA establece que la enfermedad es un fenómeno social que refleja un desequilibrio en la comunidad. Los investigadores encontraron que “los conceptos alrededor de las funciones orgánicas, como calor, frío, regulación de los líquidos etc., son similares a los de la medicina medieval europea”. Las hierbas y otras plantas medicinales son ampliamente usadas en medicina tradicional. Entre los quechuas la enfermedad ha sido clasificada en tres niveles: 1) Aquellas causadas por la Pachamama (madre tierra) o por el rayo, 2) aquellas inherentes al cuerpo y la carne y 3) las que son una combinación entre factores físicos y místicos. Esto tiene numerosas implicaciones en el reconocimiento de las enfermedades y en la busca de tratamiento. Por ejemplo, si una madre cree que la diarrea de su hijo se debe a un mal aire o un espíritu, ella muy probablemente buscará un curandero que tiene el poder de expulsar los espíritus en vez de usar terapia de rehidratación. Sin embargo, algunos remedios parecen siempre ser el primer recurso. De acuerdo a Dibbits (1994) el pueblo andino es más probable que busque a la medicina formal en los casos de enfermedades agudas infecciosas y en accidentes, mientras que más probablemente consultará un curandero para enfermedades crónicas, fracturas y heridas simples.

La ética andina no sustenta la idea de “defender la vida a cualquier precio”. La muerte es considerada una parte natural de la vida. Para la población rural del estudio de CENDA, la salud no es considerada una prioridad, ya que la primera prioridad es mantener el sistema agrícola que les permite la subsistencia. La enfermedad es vista sólo como un problema cuando limita la capacidad productiva de la familia. La salud depende de los recursos nutricionales que a su vez dependen de la producción agrícola y de la organización comunitaria (CENDA, 1993).

## Curanderos (Jampiris, Yatiris, etc.)

De acuerdo con la cultura andina, los curanderos están obligados a ofrecer servicios a la comunidad de acuerdo con ritos de iniciación que transforman los curanderos en agentes de los dioses. De hecho, se cree que los espíritus andinos actúan a través de los curanderos. Se cree que una persona se transforma en curandero cuando lo alcanza un rayo, muriendo y renaciendo cuando lo alcanza un nuevo rayo. Este segundo rayo convierte la persona en un curandero y le entrega la sabiduría. Negarse al llamado divino es considerado fatal para la persona escogida.

En muchos casos, los curanderos son capaces de responder a las necesidades de los pacientes de una manera más rápida que el sector formal porque ellos viven en la comunidad y están siempre presentes. Esto es especialmente verdadero para comunidades alejadas de un centro de salud que sólo abre algunas horas. El curandero se transforma en parte de la familia y desarrolla una relación personal con cada miembro de ella. Los curanderos también actúan en otras instancias, por ejemplo, cuando hay problemas espirituales, tales como la amenaza del clima a la cosecha, cuando hay algún robo, cuando hay la quiebra de algunas normas morales en la comunidad o cuando una familia está de duelo, etc. La tarea del curandero es ayudar a mantener el equilibrio de los seres humanos (Dibbits, 1994), mientras que los médicos son vistos como extraños que están sólo interesados en la enfermedad en vez de en el paciente. Algunos indígenas creen que se contraen enfermedades en los puestos de salud. La idea de iatrogenia ha sido reconocida sólo muy recientemente en la medicina occidental (Dibbits, 1994; Illich, 1982). Bastien resume la percepción de los pueblos indígenas en relación a la medicina occidental. "Los andinos perciben al doctor como una persona sin corazón porque cobra caro, los trata como una máquina y se mantiene aparte de ellos. El método científico le transfiere estas características al doctor. Por otro lado los andinos aman a los curanderos que les hacen masajes, los consuelan y se comunican con ellos" (Bastien, sin fecha: 17).

En muchas áreas estudiadas por CENDA, los puestos de salud a menudo, tienen el mínimo de personal y equipos para la atención de salud primaria. En términos de cobertura, hay muchos más curanderos que proveedores formales. La gente cree que los curanderos cobran muy poco y de todas maneras mucho menos que los proveedores del sistema formal. En realidad lo que cobran los curanderos es variable, pero en muy raros casos cobran más que el sistema formal. Dibbits, que estudió los residentes de El Alto, encontró que la medicina tradicional también está muy comercializada. Aunque los honorarios cobrados por los curanderos del área rural pueden ser mayores que los cobrados por la medicina moderna parece haber más posibilidad de negociación de pago con ellos, por ejemplo, pagar en cuotas o en especies (Dibbits, 1994). Crandon (1983) encontró que los servicios de curanderos cuestan bastante más que los servicios prestados por promotores de salud y auxiliares.

Los curanderos a menudo interactúan con los puestos de salud. En el estudio realizado por CENDA se encontró que 40% de los pacientes de los puestos de salud decían que habían sido enviados por un curandero para una inyección. Son frecuentes los casos de personas que van al curandero para un diagnóstico inicial y el tratamiento puede ser después hecho en el puesto de salud. Lo contrario también es verdad. Algunas pacientes buscan servicio en el sistema formal y si no están satisfechas con el tratamiento, vuelven al sector tradicional. Debido a que las recomendaciones del curandero son consideradas mágicas, los pacientes buscarán las píldoras o inyecciones recomendadas a pesar del inconveniente de tener que ir al puesto de salud y a pesar de que la enfermedad no justifique este tratamiento. Una de las conclusiones más importantes del estudio de CENDA es que los andinos no rechazan la medicina formal ni han perdido la fe en la medicina tradicional. Cada persona busca la forma de cuidado de acuerdo a su propia evaluación de la enfermedad y de lo que espera del tratamiento. Lo mismo es verdad para los curanderos. Ellos no rechazan el sector formal y de hecho lo usan frecuentemente como una fuente de referencia (CENDA, 1993).

### **Parteras tradicionales**

Hay varias subespecialidades entre los curanderos, siendo una de ellas las parteras tradicionales que también reciben su función a través de una fuente divina. Sin embargo, ellas pertenecen a diferentes escuelas de trabajo y reciben entrenamiento de un maestro. A diferencia de otros países en desarrollo, el uso de parteras tradicionales es bastante limitado en Bolivia. La mayoría de las mujeres prefieren tener el parto con su marido y sólo un pequeño porcentaje llama a las parteras. Mientras el estudio de CIAES encontró que las mujeres aymaras y quechuas realizan actividades en su vida diaria que son para prevenir enfermedades, no existe la tradición de buscar cuidado preventivo de las parteras tradicionales ni de los curanderos. De hecho, el informe destaca que los curanderos y parteras ejercen una función "eminente curativa" (CIAES, 1991:42). La asistencia prenatal por las parteras tradicionales es muy limitada y se refiere básicamente al "manteo", que tiene como objetivo cuidar que la posición del feto sea apropiada, y también dan masajes. El estudio de CENDA encontró que las principales funciones de las parteras eran asistir a la mujer durante el parto, abortos y complicaciones del embarazo y también dar atención a la mujer en el puerperio (CENDA, 1993).

### **Sector Público**

Con el propósito de establecer y consolidar sistemas locales de cuidado materno integral (Plan Nacional, 1994), el sector público intenta organizarse en una estructura descentralizada y participativa capaz de conducir a los servicios de salud al cumplimiento de las metas nacionales de reducción de la mortalidad materna, perinatal y del menor de cinco años. Antes de 1993, el MPSSP era la principal instancia responsable por los servicios de salud al público en general. Los cambios resultantes de las

elecciones nacionales de 1993 llevaron a que estas funciones fueran asumidas por la SNS, una unidad del MDH, compartiendo el mismo rango de la Secretaría Nacional de Educación, la Secretaría Nacional de Asuntos Etnicos, de Género y Generalcionales. Mas tarde se definió la incorporación a este Ministerio de la Secretaría de Participación Popular, actora fundamental de la transferencia de responsabilidades en salud y educación a los Gobiernos Municipales y a las Prefecturas de Departamento.

La SNS tiene la responsabilidad de elaborar las políticas en las siguientes áreas: la administración, evaluación y supervisión de las políticas de salud locales y nacionales; el desarrollo de sistemas locales de salud; la implementación del apoyo popular a la salud; la provisión de servicios de salud personales y ambientales, la nutrición y programas de bienestar social, incluyendo educación. De acuerdo al Censo de 1992, 30% de los domicilios informaron que el sistema público de salud era su principal fuente de atención. El sistema está compuesto por 33 hospitales regionales, 54 hospitales distritales, 191 centros de salud con camas y 1373 puestos para atención externa. Los hospitales de atención terciaria y los centros de salud tienen médicos mientras que los puestos ambulatorios rurales, habitualmente tienen sólo enfermeras o auxiliares. De esta forma, la SNS es responsable por llevar a cabo los esfuerzos de Bolivia para reducir la mortalidad materno-infantil. Los servicios de anticoncepción son un componente de los servicios de salud materna y del niño ofrecidos por la Secretaría de Salud.

## **Seguridad Social**

La CNS conocida como "La Caja" es el principal proveedor de servicios del Instituto Boliviano de Seguridad Social (IBSS). El IBSS no es una entidad completamente separada de la SNS, es más bien una entidad descentralizada de lo que era el MPSSP y que ahora es parte del Ministerio de Desarrollo Humano (MDH). En el Censo de 1992, se vio que algo menos del 15% de los domicilios tenían cobertura con la CNS. Esta ha disminuido desde 1980 cuando era de 25%. De acuerdo a un informe, esta disminución ha sido asociada en gran parte a las dificultades de manejo financiero del programa (MPSSP, 1989a) aunque la drástica caída de la fuerza de trabajo asalariada, que comenzó a mediados de la década de 1980, es también una causa importante (Rance, 1995). Los beneficiarios son trabajadores del sector formal y sus dependientes que son un pequeño porcentaje de la población total. Los servicios están predominantemente ubicados en regiones urbanas (90%) y orientados a acciones curativas y de rehabilitación. La atención externa se ofrece a través de consultas en hospitales asociados a las varias Cajas de Seguridad Social y también a través de dispensarios de la CNS. La Caja tiene una coordinación interna supervisada por el IBSS pero no tiene prácticamente ninguna acción colaborativa con otros Ministerios. El IBSS contrata servicios en el sector privado y en la SNS para algunos beneficiarios que no tienen acceso a los servicios propios de la Caja. Una de las metas del Plan Vida es integrar los servicios de la Seguridad Social con los de la SNS.

En 1988, la CNS implementó un programa de atención materna con cinco subprogramas: 1) Prevención del cáncer cérvico-uterino; 2) Prevención del embarazo de alto riesgo; 3) Asistencia al embarazo de alto riesgo; 4) Promoción de la lactancia y del espaciamiento de los nacimientos; 5) Planificación familiar. Como en el resto del sector público, los servicios de anticoncepción se ofrecen dentro de un contexto amplio de salud reproductiva.

## **El Sector Privado y ONGs**

El sector privado está constituido por clínicas y consultorios médicos de los cuales se sabe poco. Se estima que hay más o menos 100 clínicas privadas en el país. El trabajo de las ONGs está siendo cada vez más importante en la entrega de los servicios de salud. Las clínicas de las ONGs son especialmente importantes en la zona rural y peri-urbana de La Paz, Cochabamba, y Santa Cruz. Hay más o menos 500 ONGs dando servicio en áreas rurales (Mother Care, 1995). Las ONGs influyen al gobierno y aconsejan a las organizaciones de base para que exijan del gobierno respuestas a sus necesidades y cumplimiento de sus promesas. A pesar de que no hay un inventario de los servicios de planificación familiar administrados por organizaciones privadas, se estima que hay entre 500 a 1.200 ONGs trabajando en planificación familiar. Además no hay ninguna legislación nacional que permita controlar los servicios de planificación familiar en el área rural. Además, el sector privado, financiado por un gran número de instituciones religiosas y agencias de gobiernos extranjeros, suplementan la acción del sector público, dando servicios a las familias que más lo necesitan (Rance, 1990).

Hasta 1990, IPPF apoyó una institución llamada Centro de Orientación Familiar (COF) que fue fundado en 1978. El apoyo terminó por varias razones incluyendo "el clima adverso a la planificación familiar y desempeño poco eficiente de la organización en aspectos administrativos, de manejo financiero y de toma de decisión, que no estaban de acuerdo con los standards de IPPF" (IPPF/WHF Forum, 1990:14). Muy recientemente, IPPF comenzó a apoyar CIES, una ONG con base en La Paz, dedicada a expandir los servicios de anticoncepción. CIES sin embargo no es una institución afiliada a IPPF pero se ha transformado en un importante actor en la entrega de servicios de salud reproductiva en Bolivia.

PROSALUD, organización privada voluntaria, basada en Santa Cruz, es una de las proveedoras de salud más grandes. Desde su fundación, en 1985, entrega una amplia gama de servicios de salud reproductiva que incluye planificación familiar, atención prenatal y del parto, atención puerperal y control de salud del niño. Actualmente tiene 10 centros urbanos, un hospital de referencia y tres puestos rurales operando en Santa Cruz y nueve centros urbanos en la Paz/El Alto. Todos sus puestos ofrecen atención continua, siete días a la semana, 24 horas por día. La institución se enorgullece de

ser completamente autosuficiente, cobrando tarifas comparables al sector público, antes del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (PROSALUD, 1995a).

La Fundación San Gabriel fue creada en 1969 y opera en La Paz en un distrito urbano con una importante proporción de habitantes pobre. Entre sus áreas programáticas está la salud, la educación y la promoción comunitaria. Los programas educacionales en salud reproductiva están centrados en prevención de cáncer y ETS, pediatría, atención de las adolescentes, atención pre- y post-natal, atención del parto y planificación familiar (USAID, 1990). Además, la iglesia católica mantiene centros de vida familiar (CEVIFA) que ofrecen educación en el uso de métodos anticonceptivos tradicionales. Además, en las áreas urbanas y periurbanas, hay numerosas otras organizaciones locales que ofrecen servicio de planificación familiar.

El proyecto de salud infantil y comunitaria (CCH) es una organización de que recibe apoyo de USAID. Su trabajo se extiende a zonas rurales de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Se dedica principalmente a la atención de la madre y el niño y a la promoción comunitaria de salud. Ha trabajado también en la mejoría de la detección del cáncer y de las ETS. COMBASE, una ONG boliviana ha estado trabajando en los últimos 30 años, dando atención de salud materno-infantil y planificación familiar a familias de bajos ingresos en áreas suburbanas de Cochabamba. CIDEM (Centro de Información y Desarrollo de la Mujer), ubicado en El Alto, ofrece capacitación y servicios en salud reproductiva y acciones en documentación, investigación y extensión.

Pocos proyectos han ofrecido planificación familiar en el sector privado. Una investigación operativa desarrollada en 1990 evaluó los esfuerzos educativos sobre anticonceptivos y prestación de servicios en 30 industrias en La Paz. Un tercio de las mujeres que asistió a los seminarios educativos asistió también a las clínicas de planificación familiar del proyecto. La mayoría recibieron un DIU o se esterilizaron. Más o menos dos tercios de las mujeres solicitó orientación para discutir problemas familiares. El estudio mostró que los lugares de trabajo privados son apropiados para ofrecer educación y servicios en planificación familiar (CIS, 1993).

## **Farmacias**

Una gran proporción de las mujeres que usan métodos anticonceptivos modernos los compra en las farmacias. Bolivia no tiene una importante industria farmacéutica propia. De acuerdo a informes del gobierno, las fábricas ha menudo envasan productos farmacéuticos extranjeros y los revenden a un precio considerablemente superior. Hay muy poca coordinación entre los laboratorios y otros sectores del sector salud. La calidad y la capacidad del personal que trabaja en estas compañías farmacéuticas es discutible y tampoco se controlan las condiciones medio ambientales en que trabajan (MPSSP, 1989a:82-3). En la Parte VII se ofrece más información al respecto de la industria farmacéutica en Bolivia.

SOMARC, un proyecto de mercadeo social ha trabajado en Bolivia desde 1987. El proyecto ha promovido la píldora llamada Noriday y la vende a la mitad del precio cobrado en las farmacias. Una dificultad importante para el mercadeo de las píldoras y condones en Bolivia es que, teóricamente, se necesita prescripción médica para su uso. En la práctica, las mujeres consiguen ambos métodos sin tener una consulta médica. Sin embargo, si una mujer simplemente va a una farmacia sin haber antes consultado un médico, no hay ninguna garantía de que recibirá información acerca de como utilizar el método, los efectos secundarios o las contraindicaciones. Esto puede llevar a un aumento de los embarazos no deseados si el método es interrumpido sin orientación y sin sustituirlo por otro. Frecuentemente existen restricciones del gobierno a la propaganda de productos farmacéuticos que limitan el mercadeo social (Rance, 1990; Rance, 1995).

## **INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS DE SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO**

El servicio de salud público actualmente sufre severas deficiencias. El sistema se caracteriza por una gran variación regional y variación entre urbano y rural en relación a la disponibilidad y calidad de los servicios y a la cantidad de personal. Esta sección presentará amplia información sobre el sistema de salud boliviano y posteriormente en esta misma Parte IV se informará específicamente sobre la disponibilidad y calidad de los servicios de salud reproductiva.

### **Disponibilidad de Locales**

Una manera de medir la disponibilidad de servicios sería simplemente contar el número de camas disponibles en el país. En Bolivia, dos tercios de las camas hospitalarias están en locales de la SNS pero sólo 45% de estos está ocupado. Mientras hay 8 camas de hospital por cada 1.000 habitantes en Sucre, hay sólo una en Potosí y Oruro (UNFPA, 1990). El sistema de salud de la seguridad social tiene 58 hospitales y 71 policlínicas con un índice de ocupación de las camas de 60%. En los hospitales públicos, el 57% de las camas es para atención terciaria y sólo 43% está disponible a nivel local y regional donde se da la atención primaria (MPSSP, 1989a). El sistema de referencia no es adecuado para asegurar que las pacientes sean referidas a los niveles apropiados de atención (Plan Nacional, 1994). El Anexo 1 incluye una lista del número y tipo de locales del sistema público de salud en la región.

### **Infraestructura y Equipos**

En 1989, 86% de los locales de atención pertenecían al sector público, 11% a la Seguridad Social, y 3% al sector privado. Los centros de salud constituyen la unidad básica de atención en las áreas rurales. Estos están diseminados en el área rural pero muchos bolivianos no tienen cerca ninguno de estos centros. Cada distrito tiene cuatro o seis áreas de salud. Los locales a nivel distrital

dan atención médica básica y también son responsables por el sistema sanitario. El centro distrital o el hospital es el núcleo de los sistemas locales de salud. Los hospitales regionales dan atención secundaria para varios distritos (UNICEF, 1992). El centro de salud es el establecimiento operativo básico del sistema local de salud y sus acciones están orientadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de los grupos humanos, familias e individuos de su área de responsabilidad. El puesto sanitario es el más periférico de la red de servicios y se concibe en el seno de la comunidad. Este punto de la red es en muchos casos la principal puerta de entrada a los servicios de salud para la población rural. Sus funciones incluyen la promoción de la salud, prevención y rehabilitación de la salud en menor relación (SNS, 1995a).

De acuerdo con la OPS, 70% de los locales de salud en Bolivia está en condiciones precarias y tienen tecnología obsoleta. Los medicamentos no son accesibles a la mayoría de la población. Hay una gran deficiencia en equipos de laboratorio y personal capacitado para hacer los exámenes más básicos para la atención prenatal, como el hematocrito, exámenes de orina, de proteínas y VDRL (Plan Nacional, 1994). Un análisis de varios centros de salud en dos centros urbanos encontró que la mayoría de los laboratorios no estaban en condiciones para diagnosticar las ETS (MotherCare, 1995). El estudio también encontró que 80% de los puestos no tiene el equipo mínimo para su nivel de atención sea este primario o secundario. Ninguno de los cinco hospitales visitados tenían los equipos necesarios para asumir funciones de centro de referencia o para resolver complicaciones del embarazo.

Otro estudio, sin embargo, señala que muchos centros de la Secretaría Nacional de Salud cumplen con los mínimos requisitos de servicios de salud, como agua corriente, medidor de presión, agujas y jeringas estériles, muchas veces desechables, equipo de exploración limpio, registros de todas las usuarias del servicio y guías escritas para los proveedores (Parras, 1994). Además se dispone de un espéculo vaginal en más de 90% de los servicios y la gran mayoría se dispone de una mesa de examinación y lugares adecuados de almacenamiento. Pero se han criticado los locales del Estado indicando que la impresión que se tiene al entrar en muchos consultorios es de austeridad extrema, poca dotación de materiales y pocas facilidades en buenas condiciones para la realización del servicio de los profesionales. "Las salas de espera en centros pertenecientes al Estado son frías e impersonales, sensación que se acentúa con la entrada a la consulta médica y/o sala de conserjería" (Parras, 1994: 106-107).

## **Personal**

La SNS, el FNUAP y los autores del Plan Vida identifican los siguientes problemas en el sistema de salud pública:

- \* Personal sobrecargado y mal pagado
- \* Personal profesional y auxiliar insuficiente
- \* Falta de educación continua y de supervisión
- \* Falta de incentivos y motivación para el personal
- \* Cambios muy frecuentes autoridades en posiciones claves

Una de las principales preocupaciones del personal de salud es el bajo salario. Por esta razón, los proveedores de salud deben trabajar en más de una institución. Un estudio con 60 médicos en La Paz y en El Alto encontró que 56,7% tenía más de un trabajo (Salazar, 1993). "Atrasos en el pago de los salarios y niveles de remuneración inadecuados desmotivan el personal y lo llevan a repetidas huelgas, especialmente en áreas urbanas" (World Bank, 1992:85). A pesar de que el MPSSP mejoró el salario del personal en 1992, los salarios todavía son menores que los que paga el sistema de Seguridad Social. El estudio de Parras (1994) encontró que el personal médico ha sido desincentivado en sus actividades por el exceso de trabajo, el escaso reconocimiento de las autoridades, y por la falta de valoración por parte de los pacientes (Parras, 1994). Recientemente se ha dispuesto la nivelación de sueldos con la CNS.

Sobrecargar el trabajo de los médicos y una distribución inadecuada del personal son también grandes problemas. En las áreas urbanas, hay un gran predominio de personal profesional y faltan enfermeras y otro tipo de personal auxiliar. Por cada médico en la SNS hay 0,5 enfermeras y 1,5 auxiliares de enfermería (Plan Nacional, 1994). Los centros de salud generalmente tienen un médico, una enfermera y algún personal auxiliar. Los puestos rurales de salud no tienen médico a pesar de que deben servir entre 10-20.000 personas (UNFPA, 1990). El sistema de seguridad social tiene tres veces más auxiliares de enfermería que el sector público (Parras, 1995). El sector público y la seguridad social tienen prácticamente el mismo número de doctores y enfermeras registradas aunque el sistema público se supone que atiende una población tres veces mayor (World Bank, 1992).

Los inventarios del sistema de salud pública realizado en 1981 y 1989 reflejan el sesgo hacia la medicina curativa. La tabla siguiente indica donde se da el énfasis en relación al personal en el sector público. Los profesionales incluyen médicos (51%), dentistas (8%), enfermeras (26%), químicos y farmacéuticos (5%) y otros profesionales tales como nutricionistas, trabajadoras sociales y educadores en el área de salud (10%). El personal técnico incluye técnicos de laboratorio y de rayos X, controladores de la calidad del aire, estadísticos y fisioterapeutas. El personal auxiliar está compuesto por auxiliares de enfermería y auxiliares de epidemiología y estadística. Los administradores de programa y los administradores del personal constituyen la categoría administrativa mientras que el personal de servicio incluye limpiadoras, choferes y personal de mantención.

<b>Tabla 6: Recursos Humanos en el Sector Público 1981-1988</b>						
	<b>Profesional</b>	<b>Técnico</b>	<b>Auxiliar</b>	<b>Administ.</b>	<b>Servicio</b>	<b>Total</b>
<b>URBANO</b>						
1981	1,825	178	1,02	1,215	1,829	6,849
1988	2,583	381	2,26	1,564	1,565	8,119
<b>% Cambio</b>	<b>+42</b>	<b>+114</b>	<b>+1</b>	<b>+29</b>	<b>-14</b>	<b>+19</b>
<b>RURAL</b>						
1981	656	142	1,17	117	532	2,864
1988	744	165	1,93	89	457	2,848
<b>% Cambio</b>	<b>+13</b>	<b>+16</b>	<b>-2</b>	<b>-24</b>	<b>-14</b>	<b>-1</b>
<b>TOTAL</b>						
1981	2,81	320	3,219	1,332	2,361	9,713
1988	3,27	546	3,419	1,653	2,022	10, 967
<b>% Cambio</b>	<b>+34</b>	<b>+71</b>	<b>+6</b>	<b>+24</b>	<b>-14</b>	<b>+13</b>

Fuente: MPSSP, 1989a

La distribución urbano-rural del personal de salud es inadecuada. El número total de empleados en el sector público ha crecido 13% en los 7 años incluidos en la revisión pero todo el aumento ocurrió en el sector urbano. La cantidad de personal de salud en el sector rural disminuyó 1% durante el período aunque el porcentaje de profesionales aumentó un poco (MPSSP, 1989a). Mientras el número de profesionales en el sector público ha aumentado, el personal agregado ha sido casi exclusivamente médicos. En áreas rurales el número de farmacéuticos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutricionistas y educadores ha disminuido o no ha existido nunca. Si se agrega al sistema de Seguridad Social, la razón médico población, sería 4,7/10.000 habitantes para 1988. En total, sólo un cuarto del personal del sistema de salud pública trabaja en áreas rurales a pesar de que cerca de 50% de la población es rural.

De acuerdo a números de 1988, el 74% del personal de la SNS trabaja en áreas urbanas. Están concentrados en los tres centros económicos del país que consecuentemente tienen muchos más recursos que otros centros urbanos. Más de 3/5 del total del personal de la SNS y 64% del personal profesional trabaja en La Paz, Cochabamba o Santa Cruz. Casi la mitad del personal está concentrado a nivel central y en atención terciaria. Sólo 35% de los profesionales dan atención primaria en los puestos de salud. La mayoría de los médicos no habla lenguas indígenas (Bastien, 1990). Los médicos, dentistas y enfermeras tienen que hacer un año obligatorio de servicio rural aunque muchos evitan hacerlo, pagando una cierta cantidad de dinero (USAID, 1990).

La deficiencia de personal más crítica es la de enfermeras realmente capacitadas. Bolivia tiene en promedio 88 enfermeras por cada 100 médicos, mucho menos del promedio de Latinoamérica de 108 por cada 100 médicos. De estas sólo una cuarta parte tiene nivel universitario. De las 200-250

profesionales que se gradúan cada año de las tres escuelas de medicina de Bolivia, sólo 50 son enfermeras (USAID, 1990). La proporción enfermera-médico es uno para cuatro que es lo contrario de lo que debería existir en cualquier sistema de salud (MPSSP, 1989a).

El reclutamiento de personal es muy difícil porque los salarios son muy bajos (World Bank, 1992). Un estudio reciente de servicios en La Paz y Cochabamba mostró que la distribución de personal incluyendo auxiliares de enfermería era adecuado pero había una gran falta de nutricionistas, educadores en el área de salud, psicólogos, trabajadores sociales y promotores de salud (MotherCare, 1995). Desigualdades de género son también una importante consideración cuando se revisa el sistema de salud. Las mujeres refieren como un gran problema para buscar atención en salud la vergüenza que les produce ser atendidas por médicos hombres (CIAES, 1991). Otros caracterizan los sentimientos de las mujeres como "miedo, vergüenza, y humillación" (Rance, 1995). Aunque no hay números disponibles sobre la proporción de médicos que son hombres, la falta de médicas puede constituir una barrera al cuidado de salud para algunas personas.

La Cooperación Holandesa, una organización que tiene sus oficinas en La Paz, informa que aquellos centros de salud que son atendidos por mujeres tienen más usuarias de servicio de salud reproductiva que aquellos manejados por hombres (Sánchez, 1995). Se han implementado varios proyectos para introducir trabajadores comunitarios de la salud a menudo sin mayor éxito. Libbet Crandon, que vivió dos años en el área rural, describe como las relaciones de jerarquía y de poder afectan a las auxiliares de enfermería en su trabajo de promover la salud y la planificación familiar. "Debido a que la población rural se siente ubicada en el fondo de la jerarquía política y económica en la cual los que tienen muchos recursos se mantienen en el tope, ellos no tienen ninguna razón para valorar al promotor de salud como parte de la jerarquía médica, especialmente donde hay disponibilidad de auxiliares de enfermería. Esto a su vez desvaloriza el concepto de medicina preventiva que los promotores implementan. Si la medicina preventiva es promovida por el escalón más bajo de la jerarquía médica, pierde significación y adquiere la imagen de una actividad inútil y de poco prestigio" (Crandon, 1983:1285).

Otras personas que han trabajado en Bolivia no están de acuerdo con la idea de que los trabajadores comunitarios son ineficaces. Una investigación operativa realizada en Tarija encontró que auxiliares rurales bien entrenadas podían dar una amplia gama de servicios de salud reproductiva de manera eficiente y costo-efectiva. El estudio concluyó que las auxiliares de enfermería obtenían índices de seguimiento más altos en pacientes que hacían el Papanicolau que los doctores, indicando su alta aceptabilidad en la comunidad (Skibiak et al., 1993b).

Actualmente, hay muy poca información sobre las actividades de salud comunitarias. Los números de la ENDSA, 1994 indican que al menos algunas mujeres están consiguiendo píldoras e

inyecciones de promotores comunitarios organizados por el sistema público. Además, las auxiliares de enfermería que trabajan en los centros rurales habitualmente no tienen entrenamiento en obstetricia básica y no pueden hacer el papel de la partera. La SNS ha entrenado algunas parteras pero de acuerdo a una evaluación reciente de los servicios de salud en La Paz y en El Alto, parece no haber una relación de colaboración entre las parteras tradicionales y aquellas que han recibido un entrenamiento formal y urbano. Estas parteras entrenadas no hacen planificación familiar (MotherCare, 1995).

Un proyecto que comenzó en 1987 en 31 comunidades aymaras mostró que el personal médico del nivel medio (técnicos rurales de salud) podía ser entrenado para ser muy efectivo en las áreas rurales. Además, los proveedores que están bien entrenados en salud primaria y en salud pública pueden supervisar equipos de salud comunitaria menos entrenados. El director del proyecto entiende que este tipo de profesional intermedio probablemente enfrenta la resistencia de los médicos y enfermeras, tal como ocurrió con los asistentes médicos en los Estados Unidos (Perry, 1993). Otra investigación indica que los distribuidores de planificación familiar basados en la comunidad han recibido buena capacitación y trabajan bien, si bien algunos indican que la referencia a contraindicaciones de los diferentes métodos es menor que entre los proveedores clínicos (Parras, 1994).

## **Entrenamiento**

Es extremadamente importante que los entrenamientos incluyan perspectivas antropológicas, culturales y de género si se quiere mejorar la calidad de la atención en Bolivia. Bastien escribe "los médicos aprenden en las escuelas de medicina, que la medicina occidental es superior a la tradicional. Después de que se reciben, insisten dogmáticamente en la medicina occidental y desprestigian a la medicina tradicional. Las escuelas de medicina preparan mal a los médicos y enfermeras para trabajar en el área rural. No les enseñan a hablar aymara y quechua, lengua predominante en muchas áreas rurales. La Facultad entrena médicos para prácticas urbanas, en lugares donde hay servicios adecuados de apoyo que les permitan diagnosticar y tratar enfermedades. Los médicos rurales son incapaces de diagnosticar enfermedades cuyos síntomas les son relatados en términos andinos" (Bastien, 1987:1109). Un informe de USAID llega a las mismas conclusiones. Actualmente, el personal de salud en los centros de salud primaria está mejor preparado para ofrecer atención curativa y de hospital que para dar educación en salud y medicina preventiva. No reciben ningún entrenamiento en promoción de salud ni en administración en las escuelas médicas.

El entrenamiento en los hospitales para los auxiliares de enfermería incluye sólo la observación de partos normales. Las complicaciones obstétricas reciben muy poca atención en el entrenamiento de los equipos de salud rural. La Maternidad Germán Urquidí en Cochabamba es un hospital

universitario y el principal centro de entrenamiento y referencia del departamento. En este lugar el entrenamiento para estudiantes de medicina y de enfermería no incluye el tratamiento de complicaciones obstétricas (MotherCare, 1995).

No hay un estudio completo sobre los programas de entrenamiento para el personal clínico pero hay evidencias que indican que el personal de salud debería recibir entrenamiento en salud reproductiva. Un análisis situacional de servicios de salud en La Paz y Cochabamba encontró que 76% necesitaban entrenamiento en planificación familiar, 86% en complicaciones obstétricas, 69% en ETS, 65% en comunicación interpersonal y 58% en nutrición (MotherCare, 1995). Otro estudio (Bartos, 1991) mostró que en promedio sólo 40% del personal está entrenado en lactancia. Un estudio realizado en El Alto y en La Paz encontró que 80% de los médicos había recibido algún entrenamiento en planificación familiar (Salazar, 1993). Más del 85% había recibido entrenamiento teórico en todos los métodos modernos y tradicionales, excluyendo NORPLANT® pero no más del 56% había recibido entrenamiento práctico en estos métodos. Sólo un pequeño porcentaje, 23%, había sido entrenado en orientación en planificación familiar (Salazar, 1993).

La Escuela Técnica de Salud, en Cochabamba, ofrece un entrenamiento en salud pública considerado el más grande del país. Las enfermeras deben estudiar cinco años para ser equivalentes a las enfermeras de nivel universitario aunque ya con tres años reciben un certificado que les permite atender pacientes. En los cinco años del programa sólo un semestre se dedica a salud materno-infantil. El curriculum es muy teórico y estudian sólo nacimientos en hospital sin complicaciones. No había ningún entrenamiento en planificación familiar, orientación, ETS o atención pre- y post-natal comunitario (MotherCare, 1995), hasta que en los últimos años se implementaron los cursos regulares de salud reproductiva con el apoyo de UNFPA y la Universidad de John Hopkins. Otras instituciones privadas ofrecen programas de graduación y post-graduación en salud materno-infantil o están considerando agregar la salud reproductiva a su curriculum.

Debido a que la planificación familiar es considerada aceptable sólo desde la segunda mitad de los ochentas, es altamente improbable que el personal haya sido entrenado para dar servicios de planificación familiar de buena calidad. Inclusive, entre los que han recibido entrenamiento aún puede haber resistencia de ofrecer métodos anticonceptivos. A pesar de que algunos miembros de la comunidad médica estuvieron muy involucrados en la adopción del Programa de Salud Reproductiva, algunos médicos aún se oponen a la planificación familiar por motivos ideológicos o políticos (Macias, 1995). Un estudio reciente de médicos en El Alto y La Paz encontró que los médicos que daban atención en planificación familiar tenían un bajo estatus entre sus colegas, pero actualmente el clima está mucho más favorable para ofrecer planificación familiar. La mayoría de los médicos da servicios anticonceptivos pero más o menos un cuarto dicen que no son muy entusiastas al ofrecer planificación familiar a pacientes que no lo solicitan específicamente (Salazar, 1993).

IPAS, una agencia de USAID, está actualmente trabajando con la SNS en el área de post-aborto. Están ofreciendo seminarios para proveedores para mostrarles la necesidad de dar un tratamiento humano y técnicamente apropiado a las mujeres que tienen complicaciones de aborto (Rance, 1995). El equipo de evaluación de MotherCare recomendó que el curriculum para todo el personal de salud reflejara una comprensión de la diversidad social y cultural de Bolivia para aumentar la sensibilidad de los proveedores y la efectividad de la relación cliente-proveedor (MotherCare, 1995).

## **Gerencia**

La revisión de la bibliografía no muestra que haya estudios específicos sobre gerencia del sistema de salud pública realizados en los últimos años. Una evaluación de USAID del sector público de 1978 encontró que 82% de los servicios no tenía una supervisión adecuada (USAID, 1978). Un análisis de problemas institucionales en los servicios de planificación familiar en Latinoamérica encontró que la capacidad administrativa en Bolivia era excepcionalmente pobre (Singh y Berrío, 1989). Un informe del Banco Mundial confirma esta realidad (World Bank, 1989). Se necesita mucha más información sobre como son administrados los servicios de salud en Bolivia.

La Secretaria Nacional de Salud realizó un análisis comparativo de la producción y productividad de los distritos rurales que forman parte del programa P.S.F. (Programa Integrado de Servicios Básicos de Salud y Fortalecimiento Institucional del Sector). Además cuenta con un programa del apoyo al proceso gerencial (SNS, 1995a). El objeto principal del apoyo es la "consolidación eficiente de al estructura de distrito como unidad básica técnica y administrativa de la descentralización. Por lo tanto, los Distritos y establecimientos de salud que los componen deben hacerse capaces de gestionar, es decir, de tomar decisiones, aquellos que sean adecuadas y eficientes" (SNS, 1995c).

## **Utilización de los Servicios de Salud**

Los problemas de salud en Bolivia no están relacionados sólo a la disponibilidad de locales de servicio y personal sino que también hay una pobre utilización de los servicios que puede resultar, al menos en parte, de una falta de atención a la calidad de los servicios provistos. La proporción de médicos en relación a la población es la misma que en Costa Rica y en las áreas urbanas, igual que en Suecia. Apesar de esto, la mortalidad materna es 24 veces la de Costa Rica y 48 veces la de Suecia (CIAES, 1991:5). Las estadísticas de 1994 indican que el número de visitas al sector formal de salud es de 0,4 en áreas urbanas y 0,06 en áreas rurales en promedio, mostrando que la cobertura es muy limitada. Según fuentes del gobierno, más o menos 45% de la población realmente utiliza servicios del gobierno. Aún en áreas donde la atención médica moderna está disponible, por lo menos un tercio de las mujeres tiene sus hijos en casa, atendidas sólo por un miembro de la familia. De acuerdo a

USAID, sólo 20% de la población rural tiene cobertura de salud (USAID, 1990). Otros estiman que 25-35% de la población no tiene acceso al sistema formal de salud (MotherCare, 1995). El Censo Nacional de 1992 encontró que 30% de los domicilios utilizan servicios de salud pública, 14% la Seguridad Social, 3% ONGs, 20% médicos privados y 7% las farmacias (ENPV, 1993). Ha habido una tendencia al aumento del uso del sector privado, sean médicos privados u ONGs. En 1990, el FNUAP informó que sólo 5% de la población obtenía servicios del sector privado formal. Actualmente más o menos una cuarta parte de la población al nivel nacional usa el sector privado según el censo mientras que 35% de la población rural utiliza estos servicios. Un análisis reciente de seis distritos rurales señala que hasta 76% de la población que utiliza servicios de salud utiliza los del sector público (SNS, 1995b).

Las causas por la utilización relativamente baja de los servicios de salud son múltiples y complejas. Las siguientes secciones de este documento se refieren a algunos factores por los cuales ha aumentado la utilización de los servicios privados y ha disminuido la utilización de los servicios públicos.

	Total	Urbano	Rural
SNS	30	26	35
IBSS	14	21	4
ONGs/Iglesia	3	3	4
Privado	20	28	9
Farmacias	7	8	6
Otros	15	4	29
Nada <sup>2</sup>	11	10	13

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, 1992.

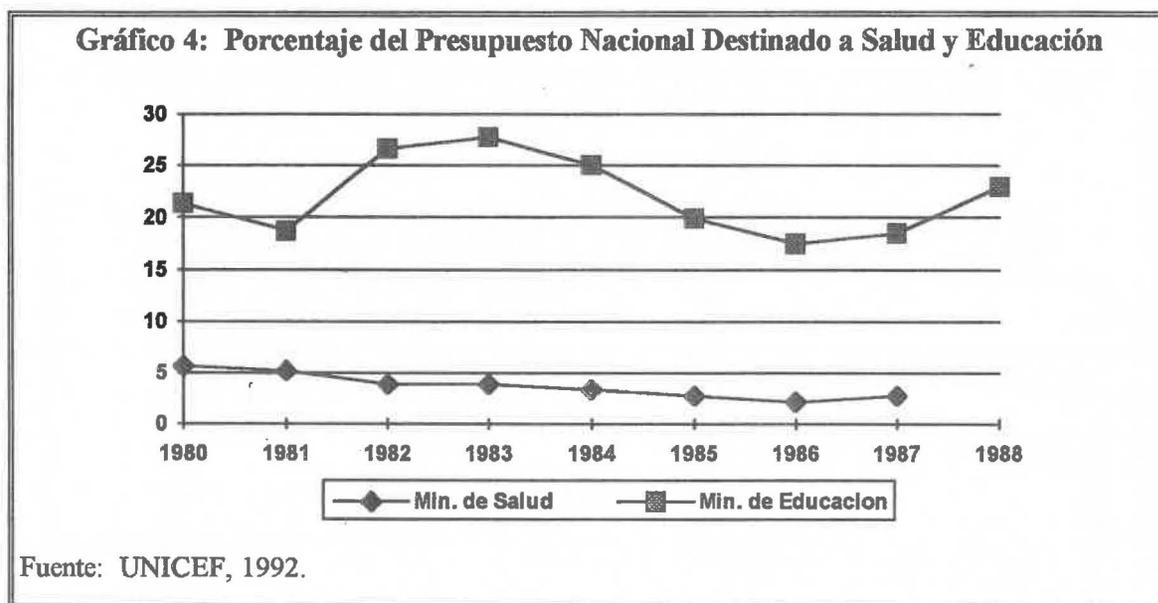
### **Financiamiento y Papel de las Agencias Donantes**

Bolivia gastó US\$ 97.000.000 en servicios de salud en 1992, 60% más que en 1987. Entre 8 y 12% de los fondos para el servicio público social (que constituye 29 a 41% del presupuesto nacional) son destinados a la salud. De acuerdo a la ENDSA de 1994, 3,37% del presupuesto total es destinado a salud, aunque el informe de UNICEF, 1992, estima este gasto en cerca del 5%. Uno por ciento de los fondos de salud se invierten a largo plazo, por ejemplo en infraestructura (Plan Nacional, 1994). A pesar del aumento del gasto en salud, otros sectores sociales como educación, reciben una proporción mayor. De acuerdo al Banco Mundial, entre 1989 y 1991, la cuota del gasto público destinado a los hospitales creció de 70 a 76% mientras el sector primario disminuyó de 17 a 11% (World

<sup>2</sup> Más de 600.000 personas (11% de los entrevistados) respondieron que no usaban servicios de salud. Otros creen que probablemente usan medicina tradicional pero no lo admiten (Rance, 1995). Consecuentemente, no está claro cual es el porcentaje de la población que realmente no usa ningún servicio de salud.

Bank, 1992:87). En comparación, entre 1986 y 1991, los gastos de defensa ocuparon el 14% de los gastos del gobierno (Parras, 1995:59).

La Secretaría de Salud del área de Santa Cruz está trabajando en el mejoramiento de de los servicios de ETS y SIDA. Con apoyo financiero de USAID y OMS/OPS, se gastarán US\$ 295.000 en grupos de alto riesgo, incluyendo prostitutas, homosexuales y usuarios de drogas en educación y distribución de condones. Además el proyecto entrenará prostitutas como promotoras de salud, entrenará médicos en la detección y tratamiento de ETS y realizará actividades de IEC con estudiantes y población en general (Boletín Acciones en Salud, 1994).



La ayuda externa para el sistema público de salud ha aumentado de manera muy importante en la última década.

**Tabla 8: Contribución de Diferentes Fuentes al Presupuesto de Salud (%)**

FUENTE	1984	1985	1986	1987	1988
Tesoro Nacional	92,2	62,2	48,2	60,2	50,1
Contribución del cliente	5,6	17,2	30,2	25,4	22,2
Asistencia externa	2,2	20,6	21,1	14,4	27,8

Fuente: MPSSP y World Bank in OPS, 1993a.

Hasta 1990, el FNUAP había donado más o menos US\$ 3.900.000 para la promoción de la salud materno-infantil en Bolivia a través de un proyecto llamado PRONIMA (Promoción del Niño y de la Madre). Algunos han criticado los proyectos porque enfatizan el componente de planificación familiar (UNFPA, 1990:35). El financiamiento del proyecto PRONIMA continúa hasta hoy con los proyectos de Salud Reproductiva. El proyecto es administrado por la OPS e incluye financiamiento para personal y equipos para los servicios de salud urbano marginales; entrenamiento de médicos, enfermeras y parteras tradicionales en planificación familiar; sistema de manejo de información y la provisión de métodos anticonceptivos para hospitales y centros de salud. Su actividad se ha extendido en el último periodo a la totalidad de distritos de salud del país..

UNICEF apoya programas de atención primaria de salud pero no apoya significativamente programas de salud reproductiva. Las contribuciones indirectas incluyen apoyo a la lactancia y educación para el espaciamiento de los nacimientos y para evitar el embarazo no deseado.

El Banco Mundial ha financiado proyectos para mejorar la salud y los servicios de salud en Bolivia, principalmente en cuatro áreas urbanas: La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz. Está trabajando actualmente con la SNS en un proyecto llamado PROISS, que está diseñado para construir y equipar todos los establecimientos de atención primaria en las zonas urbanas y periurbanas en esos Departamentos. También se incluye en el proyecto la habilitación de algunos centros para realizar cesáreas y la creación de bancos de sangre en Cochabamba, Santa Cruz y El Alto y la creación de modelos computarizados de evaluación de calidad para evaluar los servicios médicos. (MotherCare, 1995).

El Proyecto de Salud Reproductiva de USAID, que se inició en 1990, ofrece apoyo para las actividades de salud reproductiva del gobierno en las áreas de entrenamiento de personal, extensión de servicios, materiales de IEC, investigaciones operativas, sistemas de proceso de información, gerenciamiento y desarrollo de políticas. Numerosas agencias también dan apoyo a las ONGs. A continuación sigue una lista parcial de ONGs estadounidenses apoyadas por USAID y ONGs europeas que están participando en actividades de salud reproductiva en Bolivia:

The Population Council, Research Triangle Institute, World Neighbors, Family Planning International Assistance, International Development Research Center, Development Group, Inc (DGI), International Planned Parenthood Federation (IPPF), Johns Hopkins University (PCS and JHPIEGO), Population Information Services, Oxfam, PROMUJER, SOMARC (Mercadeo Social), Pathfinder International, John Snow Inc. (MotherCare) y Futures Group. Además CARE International, AVSC

International, Church World Service, The Population Council, Save the Children, Pathfinder y otros han también invertido fondos privados en Bolivia. La USAID también apoya a PROCOSI, una institución que reúne 20 ONGs que desarrollan diferentes proyectos de salud.

El BID invierte dinero en Bolivia por medio de un programa que se llama Proyecto de Desarrollo de Servicios y Fortalecimiento Institucional (PSF) y tiene contratados los servicios de la GTZ para el desarrollo de programas de salud en los Departamentos de Pando, Beni, Oruro, Potosí, Chuquisaca y Tarija que pretenden ser sometidos a un proceso dinámico de fortalecimiento técnico, gerencial y financiero y mejorar la condiciones de la salud de la población, especialmente de los grupos más vulnerables (mujer y niño). Su enfoque está en el desarrollo de 4 programas: atención materna, atención infantil, mejoramiento nutricional y desarrollo de la mujer en salud, en sus aspectos promocional, preventivo, recuperativo y de rehabilitación. El programa tiene como meta aumentar la cobertura prenatal, de parto y del puerperio y capacitar personal de salud en estas funciones. Además incluye un enfoque en la planificación familiar y la donación de insumos por lo mismo. El proyecto contiene un componente de organización de la mujeres para la producción y la capacitación de líderes femeninas (GTZ, 1994).

La ayuda bilateral proviene fundamentalmente de los Estados Unidos, Holanda, Alemania, Japón, Italia, Reino Unido y Canadá (UNFPA, 1990:47). El Centro Internacional de Investigación y Desarrollo de Canadá ha dado financiamiento al Centro de Documentación en Desarrollo y Población (CENDOP), que es parte de la Dirección de Políticas de Población (DPP). Este es el único centro especializado en información sobre población en Bolivia.

## **DISPONIBILIDAD Y ACCESO A LOS MÉTODOS Y SERVICIOS ANTICONCEPTIVOS**

Esta sección analiza los factores institucionales que contribuyen a determinar las tasas actuales de uso de anticonceptivos y la mezcla de métodos. Estos datos complementan la información ya presentada sobre políticas y condiciones de la atención de la salud reproductiva en Bolivia.

### **Acceso a los Servicios**

Los informes más recientes indican que los servicios de anticoncepción no están ampliamente disponibles en los puestos de salud; y que los servicios modernos de salud reproductiva son prácticamente desconocidos en muchas áreas rurales. Sin embargo, ha habido un significativo progreso en la expansión de los servicios de planificación familiar en el sector urbano. (Rance, 194b;

Schuler et al., 1994). Dado que la estrategia de salud reproductiva boliviana es reciente no es sorprendente que la disponibilidad de servicios de planificación familiar en el sector público sea todavía deficiente en muchas áreas. La mayoría de los ciudadanos bolivianos vive en áreas aisladas, con acceso limitado a la información y a los servicios, tanto públicos como privados.

Actualmente, la mayoría de las mujeres que utilizan métodos modernos vive en áreas urbanas y obtiene los métodos del sector privado. En total, sólo un tercio de las mujeres obtienen los métodos del sector público. La esterilización quirúrgica, que representa más o menos una cuarta parte del uso de métodos modernos, es el único método que es obtenido más frecuentemente del sector público. Cerca del 70% de las mujeres que obtienen el DIU (el método moderno más usado) lo obtienen del sector privado, principalmente de médicos y clínicas privadas. Menos de 20% de las usuarias de condones, inyecciones y píldoras, obtienen los métodos del sector público.

De acuerdo a las normas bolivianas de Salud Reproductiva, las mujeres deben tener un Papanicolau normal antes de poder colocarse un DIU. Como resultado de esta norma, "el DIU ha dejado de ser una opción accesible en muchas áreas rurales del país" (Skibiak et al., 1993b:6). El Plan Vida tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención de salud y atraer mujeres que actualmente no acceden a los servicios públicos de salud reproductiva.

La esterilización femenina no se encuentra disponible a libre demanda; los proveedores destacan condiciones para su provisión referentes al número de hijos, edad y aprobación de la pareja. Según Parras (1994) este último no suele ser requisito indispensable y, en realidad, se refiere más a la estabilidad sentimental que al requerimiento de una autorización expresa y formal por parte de la pareja (Parras, 1994). Las restricciones no son aplicadas cuando se habla de la vasectomía.

La comparación de las dos ENDSA indican que ha habido cambios en la fuente de obtención de los métodos. Por ejemplo, el sector público (SNS) entrega actualmente el 19% de los métodos modernos y este número era 4% cinco años atrás. Esto muestra que, aunque los esfuerzos programáticos recientes del sector público, están teniendo un gran impacto. Los puestos de salud son fuentes de obtención de los métodos modernos más comunes. El papel de los promotores públicos de salud en la distribución de métodos continúa siendo pobre, aunque parece que los promotores son utilizados para aplicar anticonceptivos inyectables, que probablemente son comprados en las farmacias. El aumento de la participación del sector público en la entrega de métodos se ha producido básicamente a expensas de la disminución de la participación de los médicos privados. La caída más dramática es en la entrega de píldoras; en 1989, 45,9% de las píldoras eran obtenidas de médicos

privados mientras que en 1994 sólo 7,7%. La importancia de las farmacias en la distribución de píldoras, inyecciones y condones ha aumentado substancialmente en los últimos cinco años.

**Tabla 9: Donde Se Obtienen los Diferentes Métodos Anticonceptivos Modernos (%)**

FUENTE	Píldora		DIU		Inyectable		Condón		Esteriliz		Total
	1989	1994	1989	1994	1989	1994	1989	1994	1989	1994	
<b>Sector Público</b>	<b>4,0</b>	<b>19,2</b>	<b>20,4</b>	<b>29,4</b>	<b>36,2</b>	<b>13,4</b>	<b>7,0</b>	<b>9,7</b>	<b>61,9</b>	<b>59,9</b>	<b>33,3</b>
Hospital	1,0	2,0	10,3	12,1	21,0	0,0	7,0	0,0	53,5	47,3	18,3
Centro de Salud	2,7	13,9	6,4	8,4	3,9	5,1	0,0	7,6	0,5	2,4	7,4
CNS	0,3	1,9	3,0	8,9	1,2	5,6	0,0	2,1	7,9	10,1	7,2
Promotores/RPS	0,0	1,5	0,7	0,0	10,1	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
<b>Sector Privado</b>	<b>86,1</b>	<b>77,9</b>	<b>78,8</b>	<b>68,8</b>	<b>56,7</b>	<b>75,0</b>	<b>86,3</b>	<b>81,8</b>	<b>37,5</b>	<b>37,3</b>	<b>63,4</b>
Farmacia	37,8	69,9	0,3	1,0	14,7	62,1	65,9	77,2	0,0	0,0	21,3
Consultorio médico	45,9	7,7	68,5	41,5	37,0	12,9	17,7	3,1	8,9	2,1	20,8
Clínica/Hospital	0,4	0,0	8,3	21,9	5,0	0,0	2,7	1,5	28,6	35,2	19,4
Centro de PF	2,0	0,2	1,7	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9
<b>Otros*</b>	<b>9,7</b>	<b>2,1</b>	<b>0,7</b>	<b>1,0</b>	<b>7,1</b>	<b>6,5</b>	<b>6,8</b>	<b>1,5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,0</b>	<b>1,2</b>
No sabe	0,2	0,7	0,0	0,9	0,0	5,0	0,0	6,9	0,0	2,8	2,1

\*Otros incluye amigos, miembros de la familia y otras personas en una encuesta de 1989 realizada en los centros de salud. Fuentes: 1989 y 1994 ENDSA.

Una información muy importante que está faltando en la ENDSA (1989-1994) es la descripción regional del uso de anticonceptivos. No está claro en los datos presentados si la utilización de los servicios públicos es más alta en algunas regiones que otras. Sabemos por los datos de atención prenatal que las mujeres del Departamento de Santa Cruz (ver parte VI) utilizan más los servicios obstétricos, pero no sabemos si también están usando más los servicios de planificación familiar. De la misma manera, no sabemos si están yendo a los servicios del sector público.

### **Costo, Tiempo y Distancia**

Aunque supuestamente los servicios de anticoncepción están accesibles a toda la población, a menudo esto no es verdad por causas de logística, falta de personal y otros obstáculos. En las áreas urbanas, hay cada vez más disponibilidad de servicios, sin embargo, en las áreas rurales esto no es así. Las mujeres deben ir a los centros urbanos para obtener anticonceptivos modernos. En algunos

casos las mujeres que van a los servicios públicos, son examinadas y reciben la prescripción por un DIU. Lo que debe hacer la mujer es comprar el método por su cuenta e ir a un médico para que se lo ponga (Macias, 1995). Esto aumenta el costo y el tiempo necesario para obtener anticonceptivos. El estudio de CIAES en mujeres aymaras y quechuas (1991) confirmó que una de las barreras que las mujeres perciben para obtener servicios de salud reproductiva es el costo tanto en tiempo como en dinero. Entrevistas con mujeres aymaras en áreas urbanas mostraron que en algunos casos las mujeres tuvieron que esperar varias horas por una consulta que duraba pocos minutos (Choque et al., 1994).

En el sector público, los métodos anticonceptivos y otros servicios de salud no son gratuitos aunque no hay una lista de precios disponible. La lista de precios que se presenta a continuación es la que usa PROSALUD. Sus precios son básicamente equivalentes a los del sector público. Los servicios de la CNS son gratis para sus beneficiarios y son financiados por las contribuciones obligatorias de empleados y empleadores (USAID, 1990). La filosofía de servicio en Bolivia es "sin dinero no hay tratamiento" (Bastien, sin fecha). Aunque el dinero obtenido de las tarifas que pagan las pacientes se destina fundamentalmente a medicamentos y otros costos operativos, estos son usados para suplementar el salario de los médicos, "una práctica que tiene la tendencia a crear incentivos a sobremedicalizar" (World Bank, 1992:1989).

<b>Tabla 10: Costos de los Anticonceptivos y de los Papanicolaou en los Locales de Salud</b>		
<b>METODO</b>	<b>COSTO</b>	
	<b>Bs.</b>	<b>EEUU \$</b>
Ciclo de píldoras	1,50	0,31
DIU + inserción	15,00	3,10
Condomes (por unidad)	0,20	0,04
Espermicida	0,50	0,10
Jalea o espuma (por tubo)	3,50	0,70
Tabletas espumantes (por unidad)	0,20	0,04
Inyectables	10,00	2,10
Papanicolaou	15,00	3,00
Pap + inserción de DIU	30,00	6,00

Fuente: Parras, 1994; PROSALUD, 1995a.

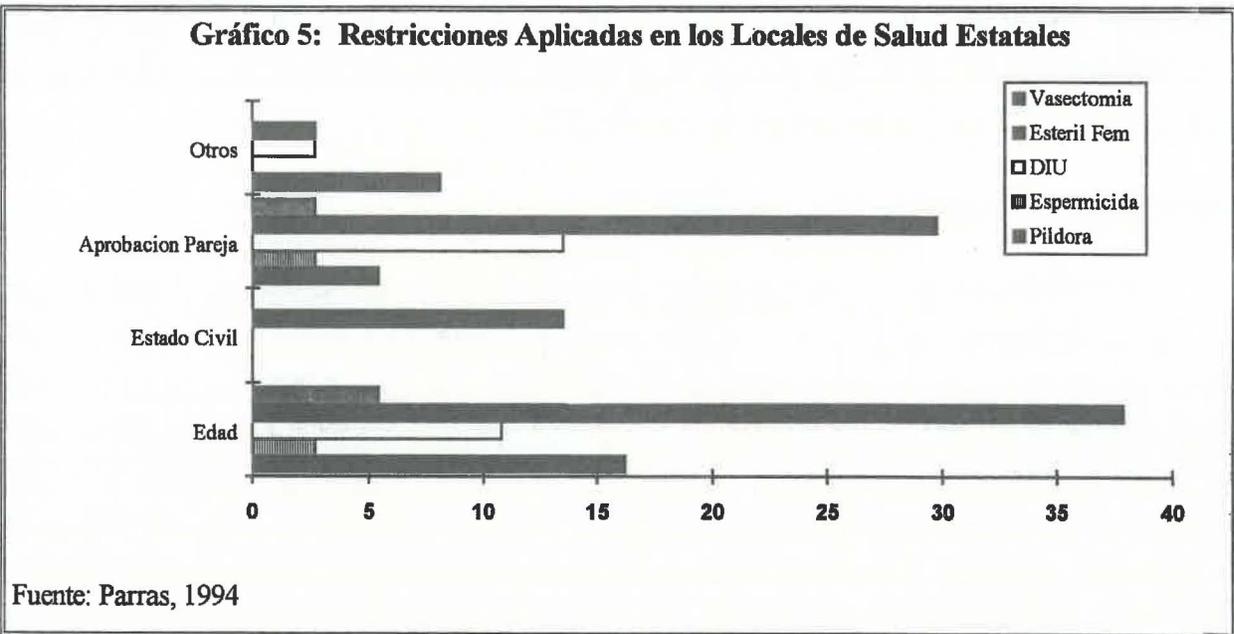
La donación de métodos por parte de USAID hace que el Bolivia pueda subvencionar los insumos en los puestos de la SNS. Los costos unitarios ofrecidos por las farmacias, en promedio, triplican el precio de los mismos anticonceptivos ofrecidos por ONGs y los servicios de la SNS (Parras, 1994).

Un estudio del sistema de salud en el Departamento de Tarija encontró que en algunos distritos las comunidades estaban a más de 70 km del puesto de salud más cercano. En esa misma región, el promedio de espera para la inserción de un DIU era 138 días en los dos hospitales de área y 170 días en los puestos de salud comunitaria. Hay varios pasos que la mujer debe seguir para obtener un DIU, desde la identificación del deseo por un médico, tomar el Papanicolau, mandar la muestra al laboratorio, conseguir el resultado del examen, tratar las infecciones del tracto reproductivo y finalmente, la inserción (Skibiak et al., 1993b).

La falta de información sobre los aspectos relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud y sobre la actitud de la población ante el proceso salud enfermedad condujo a un equipo técnico a realizar un "Estudio de Aranceles" con el objetivo de identificar las características fundamentales que determinan el acceso de los usuarios a los servicios de salud de la Secretaría Nacional de Salud. En este estudio, que se llevó a cabo en seis departamentos donde existe el Programa Integrado de Servicios Básicos de Salud y Fortalecimiento Institucional del Sector se han encontrado contrastes entre la utilización de servicios y los resultados del censo. Señala que el lugar de atención por causa de enfermedad más utilizado es el domicilio, seguido por los servicios de la SNS y el seguro social. El uso de médicos privados, farmacias y medicina tradicional es mucho más bajo. Casi 60% de los entrevistados dijeron que tenían que pagar por el servicio. En áreas rurales y urbanas las razones por no consultar fueron: 32.6% falta de dinero, 13.7% falta de confianza, 13.1% distancia, 12.8% no era grave, 5.5% falta de tiempo, 6.7% automedicamento, 3.4% no dan medicina, 4% no estaba el médico, 0.6% estaba cerrado y 7.6% otras.. En las áreas urbanas, 26% dijeron falta de dinero, 13% falta de confianza, 9.5% distancia, 8.4% falta de tiempo, 8.7% no era grave, 6% no dan medicina, 4% automedicamento, 3% no estaba el médico, 1.4% estaba cerrado mientras que 20% mencionaron "otras" razones. Se puede concluir que las barreras de accesibilidad, el costo, tiempo, y distancia explican entre 40-50% la falta de utilización de servicios en las áreas examinadas mientras que problemas con los servicios (falta de médico, puesto cerrado o falta de medicina) explica otro 8-10%.

### **Restricciones al Acceso de Planificación Familiar**

Los locales de salud a veces imponen reglas o restricciones al uso de métodos anticonceptivos. Algunos reflejan las normas de la Secretaría Nacional de Salud mientras que otros representan el sesgo de los proveedores en contra de algunos métodos o algunos usuarios. El estudio de Parras (1994) reveló que la edad, estado civil y aprobación de la pareja restringen el acceso a la esterilización femenina y la colocación del DIU pero no parecen influir mucho en el acceso a otros métodos.



### Servicios para Hombres

La participación del hombre en la salud reproductiva es poco significativa. La anticoncepción se ofrece dentro de los servicios materno-infantiles y las metas de los programas se refieren a reducir la mortalidad materno-infantil. Los hombres usan los servicios de salud menos que las mujeres. Un estudio encontró que por cada tres mujeres que consultaron en el último año, consultaron sólo dos hombres (del Castillo et al., 1993). En el sector público, muy poco énfasis se ha dado a programas que incluyan al hombre. Sólo un pequeño número actividades en favor de la salud de los hombres, por ejemplo, en los sitios de trabajo, han sido intentados. "La responsabilidad de la implementación del programa nacional de salud reproductiva ha quedado casi por entero sobre los hombros de las mujeres. Inclusive el distintivo del programa, manos tomadas de una mujer y su hijo y los materiales IEC usados disminuyen el papel de la participación masculina" (Skibiak, 1993). En algunos casos, el hombre es considerado "estereotípicamente" como una barrera a superar para obtener servicios de salud.

PROSALUD, un importante proveedor de servicios de salud en Bolivia, ha colaborado con el Population Council, para expandir el acceso de los hombres a los servicios de planificación familiar y a la información. Estos programas incluyen el entrenamiento de hombres como distribuidores comunitarios, para que entreguen información y métodos anticonceptivos. Los promotores trabajan en los sitios de trabajo de los hombres, tales como fábricas, y también en institutos de entrenamiento, bares, sindicatos y otros lugares de reunión de hombres (The Population Council, 1994). Una de las mayores dificultades de trabajar en el campo de la salud reproductiva, enfrentada por CIES, es la falta de financiamiento para actividades dirigidas hacia el hombre (Prudencio, 1995). La organización está

actualmente trabajando para incorporar a los hombres en todos los programas de salud primaria incluyendo aquellos en que se hace distribución de tabletas para la rehidratación oral, remedios para infecciones respiratorias e información sobre ETS y SIDA.

### Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos

Un análisis de la situación de los locales de salud recientemente realizado en áreas urbanas (La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y El Alto) da algunas indicación sobre la disponibilidad de anticonceptivos en el sector público (SNS/PROISS, 1995). Los investigadores específicamente preguntaron si en los locales había: píldoras combinadas de etinil estradiol y levonorgestrel, otra píldora combinada de etinil estradiol y noretisterona, y una minipíldora de noretisterona. Los condones, DIUs, jaleas espermicidas y tabletas espumantes se agruparon en una única categoría llamada "otros anticonceptivos". En La Paz 22% de los locales encuestados tenían las dos píldoras combinadas, una minipíldora y algunos de los otros anticonceptivos. En Cochabamba, 43% tenían píldoras combinadas y 57% tenían algunos de los otros anticonceptivos. En Santa Cruz, 82% tenían píldoras y otros anticonceptivos mientras que en El Alto, 67% tenían píldoras y otros métodos (SNS/PROISS, 1995). Este estudio demuestra que la disponibilidad de métodos modernos en el sistema público urbano es variable, contribuyendo a la variación en el nivel de uso por las mujeres.

Otro estudio comparó la disponibilidad de métodos anticonceptivos en los locales del estado, los privados y los de ONGs. A pesar de que la SNS tiene en realidad poco tiempo ofreciendo métodos a libre elección en los centros de salud, la disponibilidad de la píldora, condón y el DIU es muy alta.

Método Disponible	Privada	Estatal	ONG
Píldora	100	96	91
Píldora de Progesterona	33	22	0
Condón	100	91	100
Diafragma	0	0	0
Espermicidas			
Tableta	67	30	64
Ovulos	0	4	45
Espuma	33	4	0
Gel	33	0	0
DIU	33	100	100
Inyectables	0	9	27
Esterilización			9
Anestesia local	33	30	9
Anestesia general	0	0	0
Laparotomía	0	13	
Vasectomía	0	9	18
Métodos Naturales	67	39	45

Fuente: Parras, 1994.

La ENDSA - 94 y un análisis de situación reciente sobre disponibilidad de anticonceptivos muestran que aún hay barreras para obtener servicios anticonceptivos. Mientras algunos métodos están disponibles en más de la mitad de los puestos urbanos en Santa Cruz y en El Alto, su disponibilidad es mucho menor en La Paz y Cochabamba. El estudio sólo ofrece como una fotografía de la situación en el día de la visita, pero no da ningún dato sobre si los métodos son ofrecidos de manera regular o si algunos de ellos han pasado su fecha de vencimiento. El análisis de situación tampoco ofrece datos sobre la disponibilidad de métodos en áreas rurales y parece que no hay ningún estudio similar en el área rural.

Aparentemente la esterilización femenina está disponible en las áreas rurales de los Llanos. Bertha Pooley explica que en la región de los Llanos las mujeres normalmente se casan a los 16 o 17 años, tienen el número de niños que desean y cuando tienen 21 años comienzan a buscar un método anticonceptivo. Los médicos que están haciendo un año de internado rural obligatorio en las áreas rurales no tienen equipos ni métodos para dar DIUs, píldoras o condones. Sin embargo, debido a que la esterilización es lucrativa se usa más que los métodos reversibles. Las esterilizaciones frecuentemente se hacen junto con la cesárea en los hospitales rurales (Rance, 1990:81).

Un estudio reciente concluyó que "el Estado se está haciendo un gran esfuerzo para proveer de una amplia y regular gama de métodos anticonceptivos a sus cliente. Si bien, los porcentajes de disposición en espermicidas e inyectables son inferiores en relación a los centros de ONGs, la Secretaría de Salud facilita servicios de esterilización femenina y vasectomía, métodos que no están a disposición de la personas en otros centros por la limitada capacidad de éstos" (Parras, 1994:47).

## **CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

Esta sección analiza algunos aspectos de la calidad que no han sido discutidos anteriormente. Los 6 elementos de calidad en los programas de planificación familiar identificados por Bruce (1990) son: 1) libre elección de métodos; 2) relaciones interpersonales; 3) competencia técnica; 4) mecanismos para favorecer la continuidad; 5) información a los clientes y 6) integración de los servicios. Este último elemento ya ha sido discutido en el capítulo accesibilidad. En esta sección se discute también la privacidad para dar una idea de como son ofrecidos los servicios.

El objetivo de proveer planificación familiar de alta calidad está específicamente establecido en el Plan Vida, destacando la necesidad de la calidad para obtener satisfacción de las clientes y que da prioridad a la perspectiva de género en los servicios de salud reproductiva del sector público (Plan Nacional, 1994). Actualmente se están realizando actividades para normar, primero, e incorporar en los protocolos de atención, segundo, elementos de calidad de atención en la práctica de los servicios en todos los niveles de atención.

## **Elección de Métodos**

Es limitada por la falta de disponibilidad de los métodos y en algunos casos por falta de personal entrenado. En la revisión de la bibliografía no se encontró estudios que investiguen directamente si los proveedores dan verdadera posibilidad de elección o si sugieren el uso de los métodos. Algunas mujeres aymaras han informado que los médicos se niegan a retirar los DIUs cuando ellas piden. Aunque los métodos están teóricamente disponibles para todas las mujeres, algunas han dicho que los médicos exigen consentimiento escrito del marido u otro familiar (Rance, 1994b). La técnica de cliente misterioso utilizada por Schuler et al (1994) encontró que había una fuerte distorsión hacia el uso del DIU. Cuando las clientes se daban cuenta de que las estaban orientando hacia un método desconfían de los médicos. Rance también encontró que el DIU es prácticamente el único método ofrecido en el post-aborto (Rance, 1993). Ella escribe que "la noción de DIU post-parto o post-aborto debería eliminarse de la terminología de los hospitales y substituirse por el concepto de anticoncepción post-parto y post-aborto. Dar un status especial al DIU en vez de ofrecer una amplia gama de métodos significa negar el derecho de las pacientes a recibir información completa" (Rance, 1993:8).

En un estudio a 60 médicos en El Alto y La Paz sobre cuales eran los métodos preferidos por los médicos, mas de 60% manifestó su inclinación por el DIU, más o menos 35% por los métodos tradicionales, 20% por las píldoras, 15% por el condón y menos de 10% por otros métodos (Salazar, 1993). No se sabe cómo afectan estas preferencias en la manera como se ofrecen los métodos, pero es evidente que los médicos tienen un sesgo a favor del DIU.

El estudio sobre calidad de atención en varios servicios de salud no encontró ninguna restricción para el suministro de información y consejería sobre métodos naturales de planificación familiar (Parras 1994). Pero señala que existía cierta resistencia entre los proveedores para referir a otros centros a aquellas personas que eligían un método no disponible en el centro en ese momento.

## **Relaciones Interpersonales**

Al igual que con la elección de métodos, hay muy poca información bibliográfica sobre relaciones interpersonales en los servicios de planificación familiar. Se necesita realizar investigaciones al respecto. Un informe reciente refiere que algunas mujeres tienen aversión a tratarse en los servicios de salud y esto es mayor en las mujeres que ya han consultado en los servicios. Esto se debe al mal trato recibido que les confirman los temores que tenían del sistema de salud. El miedo a recibir un tratamiento humillante es el principal factor que hace que las mujeres indígenas no vayan a los servicios de salud (Schuler et al, 1994).

Como en muchos otros países en desarrollo, la falta de personal, de entrenamiento y de recursos, sumados a la baja motivación, son frecuentes entre el personal médico del sector público, en Bolivia. En las áreas rurales los puestos de salud, frecuentemente, tienen sólo una enfermera o auxiliar como único funcionario. Esto puede crear problemas de relacionamiento entre el cliente y el proveedor. Como ya fue dicho antes, la falta de oportunidades de educación para las mujeres y el modelo de contratación en el sector público se traduce en un exceso de personal masculino. En algunos grupos indígenas es completamente inaceptable que un hombre que no sea el marido pueda ver a una mujer desnuda. En esas comunidades si sólo hay proveedores hombres es muy probable que las mujeres no consulten.

En estudios sobre calidad de atención, Parras (1994) ha encontrado que los proveedores generalmente ayudan a los clientes, ofrecen saludos respetuosos, etc. Pero hay la tendencia a recomendar métodos de planificación familiar según la atribución socio-cultural que el personal hace de sus clientes. No se mencionan algunos métodos a personas que se entienden como "no preparadas". El DIU, por ejemplo, garantiza una protección contra el embarazo sin la intervención directa de la usuaria "no preparada". Esta actitud también causa una cierta reticencia en el personal en cuanto al cambio de métodos, especialmente el DIU, aunque la usuaria tenga problemas con él. Además, los proveedores prestan más atención al cliente que quiere la reposición del método, sin preguntar a la cliente en cuanto a interrumpir y/o cambiar de método. En muy pocos casos se habló sobre los propósitos reproductivos de la pareja y/o la mujer y tampoco sobre su situación acerca de un posible periodo de lactancia" (Parras, 1994: 51-52). En general los proveedores recomendaron menos los inyectables y los métodos naturales pero la mayoría recalzó que todos son posibles y que no tienen objeciones hacia ninguno de ellos. Entre los promotores de salud, existe un trato respetuoso. Algunos de ellos se refirieron a la utilización de métodos anticonceptivos como "deber moral" de la mujer que no tiene suficientes recursos económicos (Parras, 1994). Algunas mujeres en el estudio de Choque, Schuler y Rance (1994) dicen algunas cosas positivas acerca de los proveedores. Entre ellas, que algunos proveedores dan explicaciones simples y se toman suficiente tiempo con las mujeres. Las mujeres sintieron que el contacto con el personal les ayudó a conocer cuales eran los servicios ofrecidos en los puestos.

### **Competencia Técnica**

Prácticamente no hay estudios dedicados a evaluar la competencia técnica. Un trabajo por Dibbits (1994) encontró que la competencia técnica de los médicos era muy variable en la región de El Alto. En algunos centros no hacen historia clínica y los proveedores frecuentemente no preguntan acerca de posibles contraindicaciones para el uso de métodos (por ejemplo anemia, estado nutricional, etc.). Sólo algunos centros exigen el Papanicolaou antes de usar el DIU. Si pedir un Papanicolaou

antes de usar un método es una barrera médica al uso del método, o si el no hacerlo es falta de calidad es una discusión que todavía no está resuelta.

Otra investigación revela que en la mayoría de las inserciones del DIU, el procedimiento es higiénico y adecuado, aunque en algunos casos los proveedores no se aseguran de excluir un posible embarazo antes de colocar un DIU (Parras, 1994). Además se observó que las recomendaciones sobre el uso de un método durante la lactancia fueron adecuadas según las normas internacionales (es decir, no se aconsejó el uso de la píldora combinada durante la lactancia).

### **Mecanismos para Favorecer la Continuidad**

En un estudio en un hospital de Cochabamba, que era parte de un proyecto de MotherCare, se estudió el seguimiento se les daba a las mujeres que tenían alto riesgo y se encontró que no existía, al igual que en otros hospitales de Bolivia. Además de este estudio el tema parece no haber despertado el interés de otros investigadores.

### **Privacidad**

Un análisis de situación recientemente realizado en La Paz y Cochabamba encontró que 69% de los servicios ofrecía orientación en salud reproductiva con cierta privacidad (MotherCare, 1995). Otro estudio indica que la privacidad e intimidad no se garantizan en muchos servicios "porque la infraestructura muchas veces no permite una consejería en confidencialidad y confianza dado, primero, lo escaso del tiempo, y en segundo lugar las interrupciones que se producen por la entrada y salida de personas" (Parras, 1994: 53). No obstante, se encontró en este estudio que en algunas revisiones ginecológicas, las mujeres eran examinadas vestidas de cintura hacia abajo (no les obligaron a quitarse su "pollera"), lo cual es importante porque esto ha sido una barrera para el acceso a la población.

### **Información Dada a los Clientes y Materiales IEC**

Hay muy poca información acerca de la disponibilidad y calidad de los materiales educativos usados en las clínicas del sector público. CIES y PROSALUD, dos organizaciones privadas que ofrecen servicios de salud reproductiva producen sus propios materiales IEC. CIES en particular ha sido reconocido por los materiales que produce, que pretenden ser adecuados para la cultura aymara (USAID, 1990). Anteriormente CIES también ha producido propaganda de radio en varias áreas. La Fundación San Gabriel ofrece educación sexual orientada hacia varios aspectos de la salud reproductiva incluyendo planificación familiar, cáncer de cuello uterino y prevención del aborto.

También se ha trabajado en Bolivia en el área de promoción de la planificación familiar en los medios de comunicación masiva. En 1986 el servicio de comunicación en población de la Universidad Johns Hopkins trabajó con el COF (que era afiliado a IPPF) en la producción de una campaña de radio para promoción de planificación familiar (Payne Merrit, 1992). En 1994 una amplia campaña de salud reproductiva con el uso de multimedia fue implementada por la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva, con asistencia de la Universidad Johns Hopkins. El logotipo de la campaña era un niño tomado de la mano de su madre con una leyenda "su salud está en sus manos". Se hicieron carteles con este logotipo que son colocados en las clínicas. Programas de radio en español, aymara y quechua también forman parte de la campaña (Public Health News, 1994). La campaña ha sido apoyada por 17 agencias privadas y gubernamentales (IPPF, 1994).

Dibbits (1994) ha revisado los materiales escritos y para televisión producidos para la promoción de la planificación familiar. Ella comenta que toda la propaganda de televisión promueve "familia feliz" con un máximo de dos hijos. Esto involucra el mensaje que las familias con más de dos hijos ya han "perdido el tren" en términos de planificación familiar. De la misma forma los materiales escritos contienen imágenes de familias pequeñas, felices, saludables, en comparación con las familias grandes, pobres y mal alimentadas. Estos materiales dan la idea de que la pobreza puede ser eliminada simplemente por el uso de métodos de planificación familiar. De esta forma la propaganda transforma la planificación familiar en un problema social, en vez de presentarlo como una opción individual para las parejas.

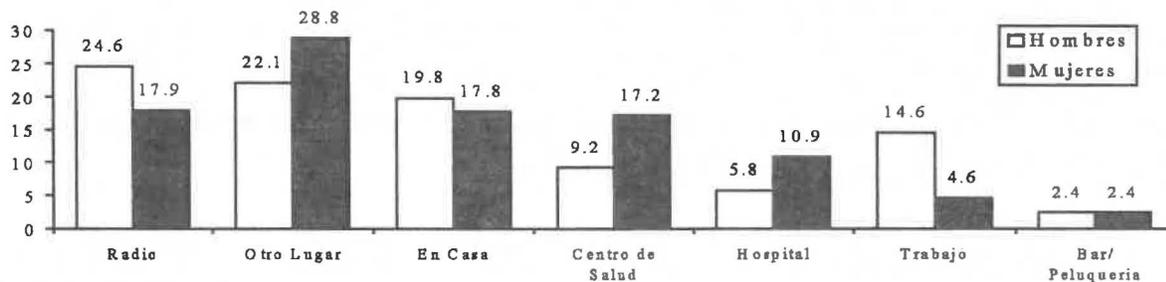
Un estudio en un centro de salud reproductiva para mujeres de clase media alta que realizaba actividades educativas variadas encontró que 72% de las usuarias de la clínica habían sabido de su existencia a través del periódico, 14% por otras usuarias, 11% por la televisión y 3% por la radio (McInerney y De la Quintana, 1994). Esto ilustra que para alcanzar diferentes segmentos de la población es necesario usar varios medios en varias lenguas.

Los últimos resultados de la ENDSA de 1994 indican que la mayoría de los bolivianos tienen acceso a varias formas de medios de comunicación masiva. Aunque los niveles varían por región la encuesta encontró que más de 70% de las mujeres entrevistadas escucha la radio diariamente. En áreas urbanas este número es como 84 a 86% y algo menos que 60% en áreas rurales. En las áreas urbanas hay mas acceso a la televisión; sólo 21% de los que viven en área rurales habían visto televisión en la última semana. Pero en el país como un todo, 62% había mirado televisión en la última semana. Además 11% había leído una revista o periódico en el mismo período. Los jóvenes leen más, miran más televisión y escuchan más radio. Como era de esperar las mujeres con más educación tienen más acceso a todos estos medios. Menos de 50% de las mujeres sin educación escucharon la radio y más de 90% de las mujeres educadas lo hicieron.

A pesar de que mucha gente tenía acceso a los medios de comunicación, muy pocos recordaron haber escuchado o leído un mensaje de planificación familiar en los últimos 6 meses. Sólo 15% mencionó haber escuchado un mensaje de planificación familiar en la radio, 12% habían visto en la televisión y 18% recordaban haber escuchado la radio y visto por la televisión un mensaje de planificación familiar. La mayoría (88,6%) encuentra aceptable que haya mensajes de planificación familiar en la radio y televisión. La aceptación fue un poco más alta en las áreas urbanas (ENDSA, 1994).

Conocer como los individuos y las parejas obtienen las informaciones puede ser muy útil para planear futuras campañas y materiales IEC. Un conjunto reciente de entrevistas con hombres y mujeres en siete áreas urbanas de Bolivia realizadas por AYUFAM, indica que los hombres y las mujeres obtienen información y servicios sobre anticoncepción de diferentes fuentes. Los hombres frecuentemente mencionan la farmacia como fuente de anticonceptivos, y las mujeres más frecuentemente citan el consultorio médico. La fuente de información de como obtener los métodos anticonceptivos varía considerablemente. Sólo 15% de los hombres mencionan que han recibido información sobre planificación familiar en un puesto de salud y este porcentaje es más que el doble en las mujeres.

**Gráfico 6: Fuente de Información sobre Anticonceptivos**



Fuente: del Castillo et al., 1993.

## PARTE V

### PERSPECTIVAS DE USUARIAS Y EL CONTEXTO SOCIAL EN LA PLANIFICACION FAMILIAR

La sección anterior sobre los servicios de anticoncepción describe factores institucionales tales como disponibilidad y calidad de los servicios y programas, como determinantes de las tasas de uso de anticonceptivos en Bolivia. A seguir, algunas variables sociales y culturales que afectan la manera en que los bolivianos perciben los métodos anticonceptivos, los servicios de planificación familiar, y la reproducción en general. Estas, por su vez, influyen en la prevalencia relativa de uso de métodos así como en las perspectivas futuras de expansión de las opciones. Intentamos presentar los puntos de vista tanto de los usuarios como de los no usuarios de los servicios de anticoncepción organizados. Poco se sabe sobre la existencia de servicios de planificación familiar dentro del sector de la medicina tradicional.

#### PERCEPCIONES Y CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCION Y FERTILIDAD

##### Fertilidad

Hay una creencia, por lo menos entre las mujeres aymaras, que el parto limpia y purifica el cuerpo de la mujer y que los embarazos seguidos son importantes para mantener la salud y la integridad de la mujer. Los médicos con frecuencia le aconsejan a las mujeres que se embaracen después de un aborto "Para liberarlas de su culpa y para purificar su sangre" (Rance, 1994b:17). Por lo menos entre algunas mujeres aymaras, hay algunas creencias tradicionales que refuerzan la norma del embarazo múltiple, la cual será difícil de superar aún con una educación para la salud, que lleve a la adopción de la anticoncepción. Un estudio en el que se entrevistaron mujeres urbanas aymaras (Schuler et al, 1994), muestra que las normas culturales apoyan a las mujeres "que se cuidan" lo cual significa evitar demasiados embarazos o nacimientos con intervalos cortos. Por otro lado, las mujeres son criticadas por su incapacidad de no tener por lo menos un niño. Otro estudio, encontró que casi el 23% de los hombres y el 25% de las mujeres creía que un embarazo normal no era para nada perjudicial para la salud de la mujer, independientemente de cuantos hijos ella hubiera parido (Del Castillo, et al., 1993).

Las mujeres quechuas y aymaras con frecuencia pasan por casamientos de prueba en los cuales se espera que prueben efectivamente su fertilidad teniendo por lo menos un hijo antes del casamiento formal. Las mujeres perciben el dar a luz como el rol primario en sus vidas y esta capacidad reproductiva las califica como "fuertes" (CIAES, 1991).

Es relativamente pequeño el número de estudios conducidos en Bolivia sobre las perspectivas de los usuarios de servicios y métodos anticonceptivos. Esto puede ser, en parte, reflejo del hecho que la planificación familiar ha sido tabú por tanto tiempo en Bolivia. Por ejemplo, en un estudio reciente conducido por Schuler et al., (1994), la mayoría de las mujeres ven en el uso de métodos modernos una "medida drástica", así como le tienen miedo a los efectos colaterales, y en general no le tienen confianza a la medicina moderna.

Un estudio cualitativo fue realizado en dos áreas de los alrededores de Cochabamba, Arque y Capinota sobre la percepción que los residentes rurales tienen de la planificación familiar. Entre los residentes de Arque la planificación familiar es un concepto centrado en preservar la continuidad de la familia en la comunidad. El objetivo principal de las parejas es reproducirse para asegurar la continuidad de la familia. La idea de espaciar o terminar con los nacimientos definitivamente existe pero en general no se pone en práctica. A pesar que la mortalidad infantil permanece alta, la idea de espaciar o limitar a dos o tres el número de niños en una familia no es bien vista. Los residentes de esta región practican lactancia prolongada, abstinencia total y abstinencia periódica para regular su fertilidad. El aborto no es una práctica aceptada en esta comunidad y es altamente criticado. Entre los residentes de Capinota, en área urbana, el uso de métodos modernos de planificación familiar, a pesar de los rumores en relación a los efectos negativos de estos sobre la salud, se ve como un ideal o una solución fácil para limitar la familia de acuerdo a sus recursos. La mortalidad infantil en esta área es mas baja que en Arque, más rural. Muchas personas de esta región tienen idea de lo que es un DIU, pero discutir sobre su uso o realmente usarlo no algo socialmente aceptado (Pereira y Rojas, 1993).

## **Educación Sexual**

De acuerdo al estudio del CIAES de 1991, las mujeres bolivianas en sus primeros años reproductivos con frecuencia no tienen conciencia que existe la planificación familiar y sólo comienzan a buscar información sobre ésta en el momento en que no quieren tener más hijos, en general, después que han sobrepasado el tamaño de familia deseado. Pocas mujeres pueden imaginarse postergando su primer embarazo, ya que un casamiento formal con su pareja puede depender de su capacidad para tener hijos (CIAES, 1991). Rance no está de acuerdo, argumentando que "las mujeres tienen presente que la planificación familiar no está disponible en sus primeros años reproductivos. Las razones para esto son ideológicas, políticas, culturales y religiosas. La sexualidad de las personas jóvenes y solteras, y de las mujeres, es reprimida, y la anticoncepción en general se promueve como una opción para parejas casadas y estables que ya han tenidos hijos" (Rance, 1995). Entre las parejas, los parientes, amigos y aún con los proveedores de salud, los asuntos referidos a la sexualidad no son discutidos con tranquilidad (Schuler et al., 1994). Un estudio reciente mostró que la mayoría de las parejas creen que la educación sexual de los hijos varones es responsabilidad del padre y de las niñas

de la madre (Skibiak, 1993). Por lo tanto, las niñas aprenden sobre sexo con sus madres y los niños con sus padres, habiendo muy poca interacción. Con frecuencia estos mensajes son avisos vagos sin información explícita (Rance, 1995). Skibiak recomienda que planificadores y educadores concentren su acción en evitar las distorsiones específicas de género en la educación sexual (Skibiak, 1993).

Según un estudio sobre la concepción de sexualidad realizado en Cochabamba señala que "el despertar de los niños andinos transcurre silencioso, bajo el temor y la vergüenza de un tema tabú.. Se encontró también que los niños andinos suelen enterarse a muy temprana edad de la vivencia de la sexualidad"(de Pareja y de Ballon, 1994). El diálogo sobre la sexualidad entre los padres y los hijos es casi inexistente. Entre los cuatro y ocho años de edad, todos los niños se enteran de una u otra forma sobre la sexualidad, viendo la televisión, viendo a los padres o a otras personas cuando tienen relaciones, o viendo cruzar a los animales. Se considera apropiado impartir la educación sexual en el hogar y en el colegio y las personas más recomendadas para hacerlo son los padres y los profesores. Los adultos consideran que es normal tener relaciones sexuales prematrimoniales y que los jóvenes las tiene bastante rápido, a pesar de que éstas permanecen ocultas hasta que no se manifieste en embarazo. Las relaciones sexuales no conllevan un compromiso de una unión estable mientras que no haya un embarazo. La actividad sexual se vincula con el amor, con la necesidad natural del ser humano y con el deseo de tener hijos. Además, el caso de los varones, la actividad sexual está ligada a la exigencia del varón y a la posibilidad de retenerlo y consolidar la unión (de Pareja y de Ballon, 1994).

### **Conocimiento y Práctica Anticonceptiva**

A pesar del hecho que la educación sexual todavía es tabú en muchas partes de Bolivia, las encuestas sugieren que el conocimiento sobre la existencia de métodos anticonceptivos modernos es alto. La ENDSA -1994 indicó que 82% de las mujeres conocen un método de planificación familiar. Más de tres cuartos conocen un método moderno (era 68% en 1989). El conocimiento de la anticoncepción moderna es más alto en Los Llanos (89%) y más bajo en El Altiplano (70%). Entre las mujeres con educación secundaria, más del 98% saben de un método moderno siendo que, el nivel de conocimiento es mucho más bajo entre las mujeres sin educación formal. Sólo 60% de estas mujeres conocen algún método de planificación familiar y el 45% conocen un método moderno. Mujeres con sólo educación básica tienen un nivel mucho más alto de conocimientos sobre la anticoncepción moderna que las mujeres sin educación (72% vs. 45%).

Los resultados de la ENDSA han sido corroborados en por lo menos un estudio reciente. En una encuesta de 501 mujeres y 240 hombres en dos áreas de Tarija (situadas cerca del límite con Argentina), se encontró que el conocimiento de los métodos anticonceptivos era extremadamente alto. Pero los niveles de uso eran similares a los encontrados en el resto de las áreas rurales de Bolivia. Menos de 21% de las mujeres usaban métodos (Skibiak et al., 1994).

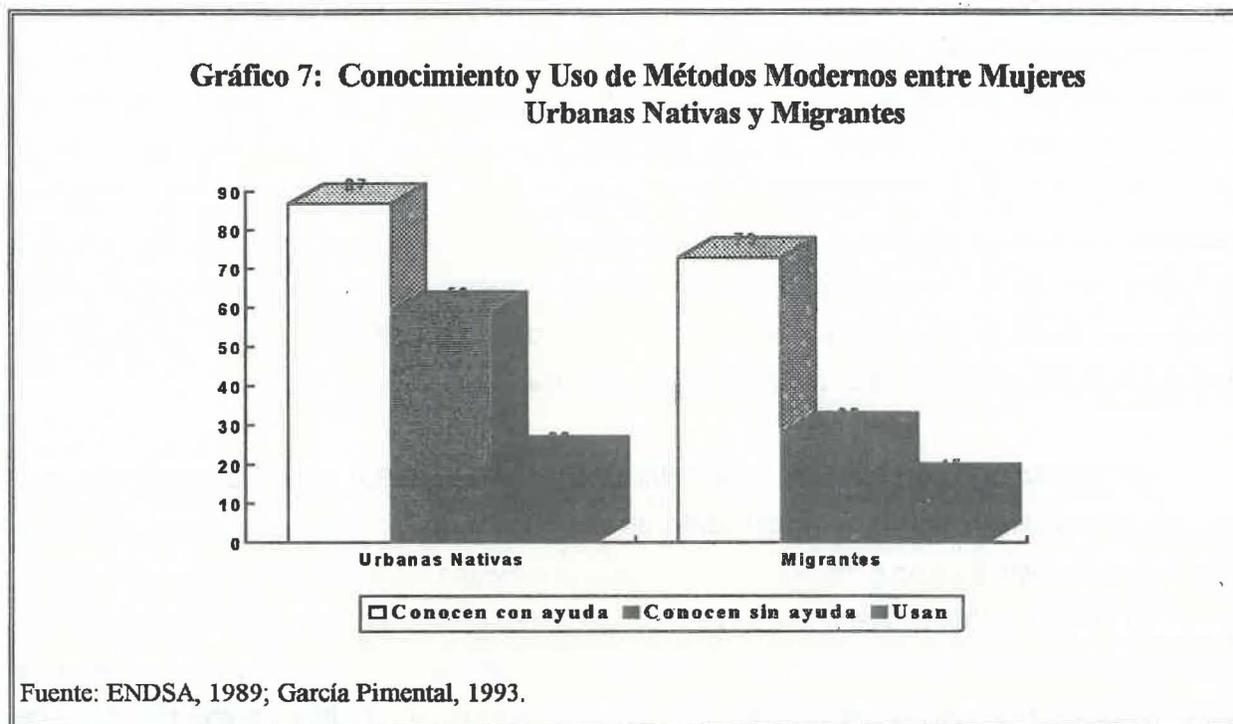
Otro aspecto interesante fue encontrado en un estudio cualitativo con 230 mujeres quechuas y aymaras en Cochabamba. Los investigadores encontraron que "...las no usuarias de los servicios de salud reproductiva de Cochabamba no necesariamente ignoran la existencia de estos servicios. De hecho, frecuentemente las mujeres tienen sus propias y bien formuladas opiniones sobre estos servicios, y sobre la competencia de los profesionales de salud". Sin embargo, hay innumerables barreras culturales y económicas, como ya fue mencionado anteriormente, que influyen en que las mujeres no usen estos servicios.

Otro estudio, en el cual se entrevistaron 334 mujeres en 8 comunidades en Capinota y Arque, dos áreas muy pobres y densamente pobladas de la región de Cochabamba, reveló una historia bastante diferente. Los investigadores encontraron que 85% de las mujeres no podían identificar ningún método moderno de planificación familiar. Conocimientos sobre los métodos tradicionales, incluyendo el ritmo, la lactancia exclusiva y el coito interruptus, eran aún más bajos. Tres cuartos de las mujeres dijo que no deseaban tener más hijos, pero sólo el 10% estaba usando algún método de planificación familiar. Casi 4 de cada 5 mujeres de las que no usaban métodos dio razones para no usarlos, que indicaban falta de conocimientos en relación a la planificación familiar y falta de servicios disponibles (McInerney, 1994).

Un análisis interesante realizado con los datos de la ENDSA - 89 encontró que el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos entre las mujeres rurales indigentes era más alto que entre las mujeres migrantes del área rural al área urbana. Esto puede ser debido, en parte, a que las mujeres rurales no están expuestas a rumores y prejuicios en relación a los métodos modernos. Puede ser que las reacciones adversas al sistema médico moderno y a la anticoncepción moderna aumenten en la medida en que las mujeres migrantes bolivianas se integran a los ambientes urbanos. En la medida en que las mujeres están expuestas a los rumores y a las informaciones erróneas sobre la anticoncepción, ellas tienen resistencia a usarla (Rance 1994b). Otros especulan que los migrantes de áreas rurales a áreas urbanas simplemente no tienen ni la información ni la capacidad necesarias para acceder a los servicios disponibles en las áreas urbanas. "Aquellos que nacen y crecen en el área urbana tienen conocimientos y capacidad de adaptación al área rural. Residentes de áreas urbanas, por otro lado, han adquirido diferentes capacidades que facilitan la vida urbana. Desafortunadamente, los conocimientos y capacidades de adaptación a una área pueden no ser adecuados o dar lugar a una peor adaptación a otra área" (Bender et al., 1993:1346).

Al comparar mujeres que nacieron en áreas urbanas con mujeres migrantes, queda claro que el uso y el conocimiento de métodos anticonceptivos es más bajo entre las migrantes. El análisis de entrevistas con mujeres nativas residentes de centros urbanos (La Paz, El Alto, Santa Cruz, y

Cochabamba) indican que las que han migrado a centros urbanos pero que son originalmente de áreas rurales tienen niveles mucho más bajos de comprensión y de uso de los métodos (García Pimentel, 1993). Por lo tanto, la literatura indica que el conocimiento y el uso de la anticoncepción moderna es más alto entre las mujeres urbanas, seguido por las mujeres rurales y en último lugar las migrantes.



Una encuesta reciente de mujeres estudiantes universitarias encontró que el 95% de las entrevistadas dijeron que tenían conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, sin embargo el 35% no pudo identificar un solo método. Sesenta y dos por ciento mencionó el condón, 45% el DIU, 43% la píldora y 24% el método del ritmo. Sólo el 1% de las mujeres hizo alguna referencia a los métodos quirúrgicos de anticoncepción (Machicao, 1995). El mismo estudio reveló, que aún estas mujeres de nivel universitario, no tienen conocimientos profundos sobre las ETS y el SIDA. Sólo el 17% sabía que el SIDA estaba relacionado con una disminución de la efectividad del sistema inmunológico y apenas el 62% identificó el SIDA como una ETS (Machicao, 1995). Un estudio anterior encontró que entre las mujeres urbanas de La Paz y Cochabamba, sólo la mitad de aquellas que dijeron que sabían sobre métodos anticonceptivos podían realmente describir como funcionaban (Pooley, 1986, citado en Parras, 1995).

Son pocas las encuestas realizadas con hombres. Un estudio realizado por AYUFAM encontró que el 85,2% de los hombres sabía por lo menos sobre un método anticonceptivo. El mismo porcentaje de hombres y mujeres sabían que los condones eran útiles para prevenir ETS y embarazos (del Castillo, et al., 1993).

## CUESTIONES DE GENERO

### “Machismo” y el papel del hombre

Rance (1990) explica que, además de la falta general de servicios e información para la mujer, el machismo juega un papel importante en la incapacidad de la mujer para tomar decisiones sobre su fertilidad. Otras pautas culturales, incluyendo la noción que los genitales femeninos son vergonzosos, así como la vergüenza y el miedo de estar planificando un acto sexual, también tienen un papel importante. A menudo, las mujeres no buscan la discusión sobre el uso de los métodos anticonceptivos modernos con sus maridos por temor a que ellos lo interpreten como un indicador de promiscuidad (Schuler et al., 1994). La alta incidencia de violencia doméstica, incluyendo la violencia sexual contribuye al deseo de las mujeres de controlar la demanda de sexo de sus maridos. El método del ritmo es preferido por las mujeres porque les permite evitar la actividad sexual.

Un estudio reciente (Skibiak, 1993; del Castillo et al., 1993) encontró evidencias que contradicen la creencia, ampliamente difundida, de que los hombres en Bolivia se oponen a que sus esposas usen la planificación familiar porque aumenta la actividad extra-conyugal y la promiscuidad. Menos del 10% de los hombres entrevistados sintió que el uso de un método anticonceptivo moderno podía aumentar el deseo sexual de su pareja o ser la causa de que ella busque otros compañeros. Una gran proporción creía que realmente podía disminuir el deseo sexual. Treinta y nueve por ciento de los hombres dijo que el uso de la anticoncepción moderna tiene poco o ningún efecto sobre el deseo sexual. El estudio mostró que los hombres obtienen la mayor parte de sus informaciones sobre planificación familiar de sus amigos y de sus colegas de trabajo en vez de obtenerlas del sistema de salud formal. Para los hombres, el vínculo entre la planificación familiar y la salud reproductiva es más débil aún que para las mujeres. El mismo estudio mostró que los hombres parecen estar menos conscientes de la gama de métodos anticonceptivos disponibles; muchos menos hombres que mujeres identificaron el DIU y los métodos naturales de planificación familiar (Skibiak, 1993). Además, 78% de los hombres entrevistados sintieron que espaciar y prevenir los embarazos los beneficia tanto a ellos como a las mujeres. No obstante que las respuestas fueron dadas en relación a una seguridad económica o algunos otros factores; los hombres parecen no haber internalizado la noción de que prevenir o espaciar los nacimientos tiene un beneficio significativo para la salud de la mujer (del Castillo et al., 1993).

Este estudio también mostró que es pobre la comunicación que existe entre las parejas y que los hombres con frecuencia no sabían que sus esposas estaban usando un método moderno. Más del 40% de las parejas no estaban de acuerdo sobre el método que estaban usando. Así, por ejemplo, el hombre decía que estaban usando el ritmo mientras que la mujer contestaba que estaba usando el

DIU, la píldora, o que había sido esterilizada (Skibiak, 1993). En relación a la maternidad, el estudio encontró que los hombres están concientes de los riesgos asociados al embarazo y de la necesidad de buscar cuidados médicos prenatales como las mujeres. La conclusión general del estudio fue, que no había evidencias para sostener la hipótesis, que el conocimiento del hombre y sus actitudes en relación a la salud interfieren con la demanda de estos servicios por parte de las mujeres y sus hijos (del Castillo et al., 1993). Sin embargo, las mujeres con frecuencia identifican la oposición masculina como una razón importante para no usar métodos de planificación familiar.

A pesar de lo mencionado anteriormente, que muchos hombres no se oponen a que sus esposas usen anticonceptivos, la percepción que las mujeres tienen de los puntos de vista de sus maridos puede actuar como una barrera para el uso de la anticoncepción. Un estudio en dos áreas cerca de Cochabamba encontró que las mujeres tenían miedo de "cuidarse" (usando métodos modernos) porque sus maridos podían dejarlas, pegarles, o creer que eran una mala persona (Pereira y Rojas, 1993). Las mujeres tienen poco poder de decisión en relación a su cuerpo y su sexualidad. Las mujeres que estaban hospitalizadas por abortos incompletos que intentaron usar la abstinencia periódica mencionaron que sus maridos no estaban de acuerdo con "el período seguro" y que la violencia sexual era la razón por la que se habían embarazado (Rance, 1993). Algunas mujeres usan la abstinencia periódica como una manera de tener poder para controlar tanto su vida reproductiva como su vida sexual. En contraste con la situación de otros países, donde el uso de los métodos anticonceptivos modernos equivale a obtener poder, muchas mujeres bolivianas adoptan un método moderno solamente porque no son capaces de controlar su vida reproductiva o sexual. Rance (1994b) resume la situación diciendo: "El uso de anticonceptivos, como tal, no puede ser siempre interpretado como un indicador de aumento del poder de las mujeres. En este último caso [una mujer eligió el DIU después de varios embarazos no deseados y después del uso del método del ritmo por varios años], la actitud de la mujer hacia el método que estaba usando no estaba dada tanto por la libertad de elección, como por la resignación de estar eligiendo una estrategia necesaria, obligada por las circunstancias de su vida en pareja" (31).

## **PERCEPCIÓN DE LOS MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD**

Aunque la investigación sobre las perspectivas de los usuarios aún es muy limitada, hay algunos estudios que nos permiten un análisis más profundo sobre las actitudes de los bolivianos hacia los métodos anticonceptivos. En un estudio sobre los opiniones masculinas y femeninas en relación a los anticonceptivos, la mayoría de las parejas expresó que los métodos anticonceptivos tenían efectos sobre la salud durante el tiempo que son usados. Más de un cuarto de los entrevistados respondieron que los anticonceptivos no tienen efectos perjudiciales a la salud mientras que más de 20% respondieron que el uso de la anticoncepción causa daño permanente y a largo plazo a la salud

(del Castillo et al., 1993). Rance, que entrevistó mujeres hospitalizadas por abortos incompletos encontró que el miedo a los métodos modernos es tan fuerte que aún el hecho de pasar por la experiencia de abortos a repetición, no convence a las mujeres a usar uno (Rance, 1993). A continuación se describen creencias y actitudes específicas en relación a cada método.

### **Métodos tradicionales**

Los métodos tradicionales de planificación familiar son ampliamente usados tanto por mujeres educadas como no educadas en Bolivia. De acuerdo a un estudio cualitativo realizado por CIES (1991), con mujeres de Cochabamba, los métodos de planificación familiar tradicionales más mencionados son:

- 1) Abstinencia sexual casi completa, incluyendo dormir separada del marido;
- 2) Abstinencia sexual durante siete días, antes y después de la menstruación (exactamente al contrario de las recomendaciones biomédicas);
- 3) Lactancia

Las mujeres tienen poca confianza en la lactancia, a pesar de que la lactancia sin suplementación es reconocida como una manera de aumentar el intervalo intergestacional.

El estudio realizado por de Pareja y de Ballon (1994) señala que las mujeres también hacen lo siguiente para evitar el embarazo: "lavarse la vagina con coco cola antes del acto sexual e introducir en ella una aspirina después del acto y tomar una taza de mate bien caliente y cargadito de apio y manzanilla después de las relaciones"(de Pareja y de Ballon, 1994: 40).

Skibiak (1994) confirmó que la mayoría de las mujeres (61%) que estaban usando el método del ritmo no podían identificar correctamente su período fértil. Este estudio, conducido en áreas rurales de Tarija, un departamento en Los Valles, encontró diferentes prácticas relacionadas al uso de métodos tradicionales (Skibiak, 1994). Algunas mujeres mencionaron el uso de duchas de limón, vinagre, o agua y sal como anticonceptivos. Otras usan una marca local de aspirina ("Mejoral") como supositorio vaginal. Algunas colocaban fósforo para que se disuelva en su vagina como un medio de evitar el embarazo. Las mujeres también mencionaron este método como tratamiento para las ETS.

Estudios cualitativos, especialmente aquellos que profundizaron la dinámica de las relaciones de pareja, encontraron que el uso de la abstinencia periódica con frecuencia crea conflictos dentro de la pareja (Schuler et al., 1994). El método requiere de la cooperación mutua; la cual, en la mayoría de los casos, es extremadamente difícil que ocurra. Sin embargo, algunas mujeres están a favor de

la abstinencia periódica como una manera de evitar relaciones sexuales insatisfactorias (Rance, 1994b). Los métodos tradicionales son vistos como naturales y no provocan la acusación de infidelidad por parte de los maridos. Rance relata que las mujeres enfrentan un dilema: "el deseo de verse libres del riesgo de un embarazo no deseado mediante el uso de una anticoncepción confiable sin exponerse simultáneamente a frecuentes presiones para mantener relaciones sexuales, las cuales con frecuencia no sólo resultan insatisfactorias sino también brutales y dolorosas". En muchas áreas rurales, el patrón de migración masculina torna la abstinencia periódica difícil; la mujer con frecuencia no puede negarse a la demanda de su marido de tener relaciones sexuales cuando este retorna al hogar, aún estando en su período fértil.

Un estudio de mujeres aymaras reveló que ellas aprendían sobre los métodos del ritmo y de la abstinencia periódica en las clínicas, en los clubes de madres, en grupos organizados por la iglesia, libros y panfletos, esposo, parientes y amigos. Los programas de radio promovidos por la iglesia y los grupos de madres refuerzan los temores a los efectos colaterales propagando rumores negativos sobre los anticonceptivos modernos (Schuler et al., 1994).

Siendo que la abstinencia periódica es el método de planificación familiar de uso más frecuente en Bolivia, lo esperado es que las mujeres tengan un buen conocimiento sobre su período fértil. Sin embargo, la ENDSA - 89 encontró que sólo el 19% de las mujeres rurales podían identificar correctamente el período fértil de su ciclo menstrual (ENDSA 1989). Este porcentaje baja para 8,7% en un estudio realizado en Cochabamba (McInerney, 1994).

La iglesia católica sólo permite el método de la temperatura y el Billings para la planificación familiar. Dibbits (1994) investigó la perspectiva de las mujeres en relación a la reproducción y relata que las mujeres no tienen ni tiempo ni paciencia para prestar atención continua a su temperatura basal o a su moco cervical. Aún con la cooperación de sus maridos el uso del método del calendario es muy difícil.

Un estudio realizado en el área periurbana de Cochabamba con 400 mujeres encontró que dos tercios de ellas había escuchado que la lactancia puede prevenir el embarazo pero sólo un tercio creía que la información era verdadera (McCann et al., 1993).

## **Esterilización**

Aunque la esterilización no está específicamente mencionada en la legislación, la ley boliviana prohíbe a los médicos realizar cualquier procedimiento que afecte el normal funcionamiento de los órganos reproductivos (Bailey et al., 1988). En realidad, la situación no es diferente que en Brasil, donde

la situación legal de la esterilización no es clara pero el procedimiento se realiza rutinariamente. La Secretaría de Salud aprueba este método para los casos de alto riesgo. La fuerte tensión política que envolvía el uso de este método parece estar disminuyendo. La esterilización masculina o vasectomía prácticamente no existe prácticamente en Bolivia. Estudios sobre la perspectiva de los usuarios sobre la esterilización aparentemente no están disponibles.

## **DIU**

El DIU es el método más utilizado entre los métodos de anticoncepción moderna en Bolivia, aunque sólo lo elige el 8% de las mujeres. El rumor más común sobre el DIU es que causa cáncer. Algunas mujeres también han sido convencidas por la iglesia de que el DIU es abortivo. Entre las mujeres aymaras estudiadas por Rance et al.,(1994b:18), el DIU provoca "disgusto, por la noción de tener un objeto extraño y, aparentemente, más bien grande colocado dentro de ellas." Se rumorea que el DIU causa de todo, desde la pérdida y aumento de peso hasta el deterioro de la vista. Las mujeres creen que el DIU puede incrustarse en el feto que se está desarrollando o que puede causar la caída de su útero. Otras mujeres tienen miedo que el DIU se pierda en su cuerpo (Dibbits, 1994). Las mujeres entrevistadas por Rance, que tenían el DIU colocado, con frecuencia eran reacias a volver a la consulta de control debido a su disgusto por el examen ginecológico. Algunas mujeres relataron que los proveedores se negaron a retirar los DIUs cuando ellas lo solicitaron.

## **Píldora**

Entre las mujeres aymaras, se rumorea que la píldora "mata los glóbulos rojos de la sangre, causa leucemia, daña la vesícula y que la mujer se vuelve muy agresiva" (Rance, 1994b:19). No hay otra información sobre la perspectiva de las usuarias sobre la píldora anticonceptiva.

## **Aborto**

El aborto inducido es considerado un método legítimo de planificación familiar entre algunos grupos indígenas. Un estudio de mujeres quechuas y aymaras en Cochabamba mostró que las mujeres que tienen abortos espontáneos (pérdidas) son vistas como débiles e incapaces de cumplir con su papel social. Sin embargo, el aborto inducido es visto como legítimo y fue caracterizado como una señal de fuerza (CIAES, 1991). Otro estudio con mujeres en el área rural de Cochabamba encontró que el aborto no es una práctica aceptada. Sin embargo, las mujeres en esta área que intentan el aborto frecuentemente buscan personal médico competente en vez de provocarse el aborto ellas mismas (Pereira y Rojas, 1993).

Los métodos comunes para inducir el aborto incluyen hierbas abortivas dadas por curanderos, píldoras e inyecciones, caerse de las escaleras intencionalmente, levantar objetos pesados e

introducir objetos diversos hacia el útero. Un estudio encontró que los maridos y otros parientes frecuentemente estimulan la práctica de "curarse" de las mujeres (CIAES, 1991). Según el estudio conducido en la Universidad de San Simón, el optar por el aborto significa:

"transgredir las normas y las expectativas sociales respecto a la maternidad; y a nivel individual, el pensar en interrumpir el embarazo las impulsa a examinar sus creencias básicas acerca de la relación entre ellas y los virtuales hijos, así como también sobre la naturaleza y el valor de ellas mismas. Ellas llegan a la decisión de diversos modos, para una pocas el aborto fue el resultado de la ausencia de autodeterminación; para otras fue la salida al conflicto de tener que optar entre dos valores positivos: por un lado, su proyecto de vida (proyectos de trabajo o estudios), y por otro, la potencialidad de vida que gesta; para otras, el aborto ha sido una expresión plena de autodeterminación" (Montaño del Granado, 1995: 12-13).

Las mujeres entrevistadas aceptan el aborto en algunas circunstancias, pero no lo reconocen como un derecho.

### **Inyectables e implantes**

Un estudio con usuarias de medroxiprogesterona de depósito (DMPA) fue realizado en el Hospital San Gabriel, pero los resultados aún no estaban disponibles en el momento de escribir este informe. El Population Council ha trabajado en la introducción de los implantes Norplant®. Los resultados preliminares indican que entre aquellas mujeres que retornaron a la consulta de seguimiento había un alto grado de satisfacción con el método (Skibiak, 1995; Peredo y Ampuero, 1995).

### **Métodos de barrera**

Parece no haber estudios sobre la aceptabilidad de los métodos vaginales y condones.

## PARTE VI

### OTROS SERVICIOS DE SALUD MATERNA

Estudios recientes han focalizado tanto los servicios de planificación familiar como los servicios obstétricos brindados en el sector público y privado. Menos atención ha sido prestada al estudio de otros servicios de salud reproductiva incluyendo el diagnóstico y tratamiento de las ETS, y la prevención del cáncer cervical y de mama. Los servicios de post-aborto han recibido menos atención aún, a pesar de ser conocida la relación que existe entre aborto y mortalidad materna. Esta sección focaliza principalmente los servicios relacionados con salud materna, ya que esta área ha sido identificada como prioritaria por la SNS. Sin embargo, esta sección también trae una discusión sobre la utilización y calidad de los servicios de salud reproductiva así como las perspectivas de los usuarios. El énfasis está colocado en el uso y la percepción del sistema formal de salud, sin dejar de lado la relación entre el sector tradicional y el moderno. Informaciones específicas sobre las parteras tradicionales o empíricas está en la parte IV de este documento.

#### CUIDADOS PRENATALES Y ATENCION DEL PARTO

##### Utilización de los servicios

La ENDSA - 94 proporciona las informaciones básicas sobre la utilización de los servicios obstétricos en Bolivia.

REGION	Total	ALTIPLANO			VALLE			LLANO	
		La Paz	Oruro	Potosí	Chuqui-saca	Cocha-bamba	Tarija	Santa Cruz	Beni/Pando
SERVICIO									
Prenatal <sup>a</sup>	52,5	43,0	42,8	43,1	52,7	53,5	57,0	72,7	45,4
V. antitetán. <sup>b</sup>	21,5	17,3	10,1	15,4	15,8	16,6	28,5	35,1	36,3
At.del parto <sup>c</sup>	42,3	29,5	34,2	26,0	30,7	51,0	51,7	66,1	36,6

<sup>a</sup> Porcentaje de mujeres que reciben atención prenatal de médico, enfermera o auxiliar.

<sup>b</sup> Porcentaje de mujeres que reciben dos o más dosis de vacuna antitetánica.

<sup>c</sup> Porcentaje de mujeres que tuvieron el parto en un servicio médico.

La tabla 12 muestra tendencias regionales semejantes a aquellas encontradas en el uso de anticonceptivos mencionadas en la parte II de este informe. El departamento de Santa Cruz, que tiene

el porcentaje más alto de uso de métodos modernos anticonceptivos, también tiene el porcentaje más alto de cuidados prenatales y partos hospitalarios. Sin embargo, los datos presentados indican que la calidad de atención en Santa Cruz puede ser igual o peor que en las otras áreas. También es interesante notar que en algunas instituciones, en varios departamentos, más pacientes de prenatal tienen sus partos institucionalmente. En Cochabamba, más o menos el mismo porcentaje de mujeres que se atiende en los servicios de prenatal, busca atención para el parto en el sector moderno. Contrastando esta realidad, en La Paz el 43% de las mujeres busca asistencia prenatal moderna pero menos del 30% tiene sus partos en instituciones médicas.

A pesar del hecho de que más de dos tercios de las mujeres del departamento accede a una atención prenatal moderna y asistencia del parto, sólo un poco más de un tercio recibe las dosis recomendadas de la vacunación antitetánica. Bastien (1995) informa que la Secretaría de Salud ha realizado programas de educación e inmunización para la gente tupi-guaraní en Santa Cruz, pero casi ninguno de estos programas ha sido implementado para los aymaras (localizados principalmente en El Altiplano). Sólo esfuerzos esporádicos son dirigidos hacia los quechuas. Las campañas en general se realizan sólo en español.

La mayoría de los cuidados prenatales modernos son brindados por médicos. Casi 50% de las mujeres se atienden con médicos, otro 47% realizan sus partos solas, sin la ayuda de nadie.

**Tabla 13: Variaciones Departamentales de la Fuente de Cuidado Prenatal**

PROVEEDOR	ALTIPLANO			VALLES			LLANOS	
	La Paz	Oruro	Potosí	Chuqui-saca	Cocha-bamba	Tarija	Santa Cruz	Beni/Pando
Médico	41,6	36,4	33,7	42,3	53,2	53,4	71,4	42,3
Auxiliar Enfermería	1,4	6,4	9,4	10,4	0,3	3,6	1,3	3,1
Partera/Pariente	0,0	1,4	0,6	0,9	0,3	0,2	1,1	1,1
Nadie	56,9	55,7	56,3	46,4	44,0	42,5	26,0	52,7
No se sabe	0,0	0,0	0,0	2,2	2,2	0,2	0,2	0,8

Fuente: ENDSA, 1994

El uso reportado de parteros/as es bajo.

La tabla anterior indica que más de la mitad de todas las mujeres del departamento del Altiplano no reciben ningún cuidado prenatal. En comparación, casi tres cuartos de las mujeres reciben estos

cuidados en Santa Cruz. En la región de los Llanos el número de mujeres que no reciben cuidados prenatales en Beni y Pando duplica a las de Santa Cruz. Enfermeras, auxiliares de enfermería y técnicos sanitarios son menos utilizados en los departamentos más urbanizados de La Paz, Cochabamba, y Santa Cruz. Parece ser que en los departamentos más rurales de Potosí, Chuquisaca y Oruro, los auxiliares tienen un papel más importante en brindar cuidados prenatales. No hay ningún departamento en el país donde más de uno y medio por ciento de las mujeres digan que han recibido cuidados prenatales de las parteras tradicionales. Casi la mitad de todas las mujeres del país dicen que no recibieran ningún cuidado prenatal. Los resultados son sorprendentes y necesitan de mayor discusión. Una explicación posible para esto es que las parteras tradicionales y los curanderos no realizan estos servicios; esto es relatado por aquellos que han estudiado la medicina tradicional (ver sección IV). Rance, sin embargo, cree que hay otra posible explicación para el hecho que las mujeres entrevistadas informan “ningún cuidado” o cuidados limitados de parteras tradicionales. Ella sostiene que la mayoría de las mujeres reciben dichos cuidados dentro de un marco tradicional que no es “reconocido o valorado en términos biomédicos a menudo porque estos cuidados son brindados por parientes o parteras tradicionales. Con frecuencia se realizan prácticas oficialmente condenadas, las cuales no pueden ser abiertamente admitidas tales como masajes, manteo, e infusiones de hierbas” (Rance, 1995).

La Tabla 13 muestra grandes variaciones regionales en relación a los cuidados prenatales y servicios obstétricos. Las mujeres en las áreas urbanas, como es esperado, tienen casi dos veces más posibilidades de recibir cuidados prenatales modernos y casi tres veces más posibilidades de tener el parto dentro de un sistema obstétrico moderno. En Los Llanos, donde los datos aparecen muy influenciados por Santa Cruz, las mujeres informan las más altas tasas de uso de servicios modernos. Las poblaciones urbanas se están volviendo cada vez más heterogéneas por el flujo continuo de migrantes rurales. Un análisis realizado por Tam encontró que los nativos de las áreas urbanas usan con más frecuencia los servicios prenatales y obstétricos, seguidos por los migrantes de largo tiempo, luego los migrantes recientes, y finalmente nativos rurales (Tam, 1994). Las mujeres que han vivido en la ciudad por más tiempo y tienen más posibilidades de saber donde se localizan los servicios, han adquirido un nivel de confianza en ellos, y tal vez tienen mejores posibilidades de afrontar el gasto. Sin embargo, todavía no está claro si el hecho que casi un tercio de los residentes urbanos dicen que no tienen atención prenatal, refleja falta de conocimiento, falta de confianza, falta de recursos, o una combinación de estos tres factores. Los mismos factores contribuyen, de la misma forma, al hecho de que más del 32% de las mujeres en áreas urbanas buscan la ayuda de una partera, un miembro de la familia o un amigo en el momento del parto en vez de buscar asistencia moderna.

<b>Tabla 14: Porcentaje de Mujeres que Hacen Prenatal o Tienen Parto Institucional por Región</b>					
	<b>Urbano</b>	<b>Rural</b>	<b>Altiplano</b>	<b>Valles</b>	<b>Llanos</b>
<b>SERVICIO</b>					
Prenatal	67,9	35,5	43,0	53,9	68,2
V. antitetánica	29,0	13,3	16,1	18,3	35,3
Parto	61,7	20,9	29,3	46,7	61,2
<b>PROVEEDOR DE ATENCION PRENATAL</b>					
Médico	67,3	29,9	39,3	50,9	66,6
Auxiliar Enfermería	0,6	5,6	3,7	3,0	1,6
Partera/Pariente	0,4	0,6	0,3	0,4	1,1
Nadie	31,5	63,1	56,6	44,3	30,4
No se sabe	0,2	0,8	0,3	0,4	1,4
<b>PROVEEDOR DE ATENCION DEL PARTO</b>					
Médico	61,8	21,6	30,9	44,6	62,2
Auxiliar Enfermería	4,4	4,6	4,1	5,6	4,0
Partera	8,0	12,7	8,5	9,1	14,7
Pariente/Otro	24,2	58,1	54,3	37,9	17,3
No se sabe	1,7	2,9	2,1	2,8	1,8

Fuente: ENDSA, 1994.

## SERVICIOS POST-ABORTO

### Utilización y Costos

Tal como lo indican las estadísticas presentadas en la Parte II, el aborto inducido es la mayor causa de mortalidad materna en Bolivia. Rance (1993) condujo un estudio con mujeres hospitalizadas y proveedores de servicio en un hospital de La Paz. Por la clandestinidad en la que deben ser realizados estos abortos, es que las mujeres con frecuencia llegan al hospital sólo después de haber pasado varios días con dolor intenso, infecciones severas y mucho sangrado. Esto constituye una de las mayores dificultades para el análisis. En la década de 1967-1976, las complicaciones de aborto fueron el 46% de las admisiones obstétricas hospitalarias, aumentando esta cifra a un 50,6% entre 1978-1987 (UNFPA, 1990: 44; Rance, 1990). USAID también informa que "de lejos, la principal causa de hospitalización de este grupo [mujeres en edad reproductiva atendidas por el sistema de seguridad social o CNS son complicaciones de abortos realizados fuera del sistema IBSS" (USAID, 1990)<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Esto no quiere decir que los abortos son habitualmente realizados en el sistema de seguridad social; sólo que las mujeres realizan los abortos sin una atención médica adecuada.

Cuando las mujeres con abortos incompletos llegan a los hospitales, ellas son interrogadas para descubrir si los síntomas que presentan son el resultado de un aborto espontáneo o provocado. De rutina se les suele cobrar más a las mujeres cuando se sospecha que están con complicaciones de un aborto ilegal. El costo de un legrado puede ser tan alto como 450 Bs. o EU\$ 105. Esta práctica de cobrar más caro es justificada por el personal hospitalario como una medida para desanimar la repetición de abortos. Las mujeres que llegan a los servicios de salud para tratar abortos incompletos o abortos mal realizados son frecuentemente maltratadas por el personal de salud o simplemente no recibidas en el servicio. Además, en algunos centros se informa a la policía sobre las mujeres que han abortado. Las mujeres con complicaciones de abortos espontáneos (o que se cree que son complicaciones de abortos espontáneos) pagan menos por el mismo procedimiento, o son candidatas a descuentos o a no pagar por motivos sociales (Rance, 1994a; Rance, 1995).

En 1989 un estudio realizado por la CNS encontró que los hospitales gastaban EU \$14.249 por cada mujer tratada por un aborto incompleto. Las mujeres pasaban en promedio 3,5 días en el hospital después de un aborto inducido (CNS, 1989). Sin embargo es importante recordar que el 95% de las veces, cuando una mujer muere de un aborto inducido clandestinamente, se muere en su propia casa (MREC, 1994).

En 1983-84 un estudio realizado con mujeres hospitalizadas por complicaciones de abortos reveló que el aborto inducido es realizado con frecuencia por personas con entrenamiento médico. Los métodos más frecuentemente utilizados para terminar con el embarazo son la introducción de un objeto extraño, curetaje, abortivos orales e inyecciones. Sólo 17% de las mujeres tratadas por un aborto inducido habían utilizado un método moderno de anticoncepción. Al ser interrogadas sobre la anticoncepción, la mayoría de las mujeres en este estudio dijo que no creían que el uso de anticonceptivos era necesario o que no tenían conocimientos sobre anticoncepción (Bailey et al., 1988).

Un informe de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Bolivia en 1988 que hizo un estudio de las mujeres hospitalizadas por complicaciones relacionadas con el aborto encontró que la principal causa de no usar anticoncepción es la falta de conocimientos (47.7%). Diecisiete y medio por ciento dijo que no usaban un método por que creían que no quedarían embarazadas o que no podían quedar embarazadas. Casi 10% mencionó la oposición religiosa o familiar, y el 2,2% informó como razón principal para no usar un método la falta de acceso a la anticoncepción (SBGO, 1988).

## **INFRAESTRUCTURA DE SALUD, DISPONIBILIDAD Y ACCESO A LOS SERVICIOS EN EL SECTOR PUBLICO**

## **Equipos**

Un estudio de la SNS/Banco Mundial encontró que no hay un sistema regular para el reabastecimiento de los medicamentos usados en obstetricia. En algunos servicios las provisiones son encargadas semanalmente, mientras que en otros el reabastecimiento es mensual (SNS/PROISS, 1995). Además, este estudio encontró que menos del 15% de los servicios obstétricos tenía los equipos necesarios para la reanimación de los recién nacidos. Una evaluación realizada por MotherCare concluyó que las ONGs privadas en el área de Cochabamba tienen una ventaja sobre los servicios de salud pública ya que tienen más medicamentos, más acceso a laboratorios que funcionan y a bancos de sangre (MotherCare, 1995). Evaluaciones recientes de servicios obstétricos e informes del gobierno boliviano y de organizaciones foráneas informan que la infraestructura de salud carece de muchas necesidades básicas.

Una inspección de varias clínicas de salud primaria del sector público en Santa Cruz encontró que 71% tenía vacuna antitetánica disponible. Menos de la mitad de los pacientes son referidos para recibir la vacuna antitetánica y sólo el 29% de los pacientes realmente reciben esta vacuna (URC, 1992).

## **Personal**

El estudio de la SNS/Banco Mundial encontró que la mayoría de los servicios obstétricos tenía personal entrenado en asistencia al parto. Pero pocos tienen una relación adecuada de médicos y enfermeras (una relación 1:2 es considerado lo mínimo). Mientras en El Alto, más de 80% de los servicios ofrece asistencia por parteras entrenadas, en Santa Cruz esto sólo ocurre en un 18% de los servicios. La falta de recursos humanos lleva a que el 60% de los servicios obstétricos ofrecen asistencia doce horas por día o menos (SNS/PROISS, 1995).

## **Costo Financiero y Tiempo**

El costo de los cuidados obstétricos varía de institución a institución. Un hospital en el Distrito de Capinota de Cochabamba cobraba un equivalente a 0,70 US\$ por una visita prenatal e ofrecía descuentos cuando necesarios (MotherCare, 1995). Cuando se les preguntó a los clientes de los centros de salud pública en Santa Cruz, por qué eligieron un servicio en particular, el 47% dijo que el motivo principal era que estaba próximo a sus casas. Sólo el 8% dijo que el centro de salud no era de fácil acceso (en términos de tiempo y distancia, así como el costo del transporte). Sin embargo, el 29% de los clientes dijo que había venido a la clínica durante los horarios marcados y que no había ningún médico. Seis por ciento dijo que había elegido una clínica de la SNS porque era menos cara

que las otras alternativas. Sólo 2% de los clientes sintió que los honorarios de la clínica no eran razonables; 44% dijo que los servicios no eran caros, mientras que el 54% dijo que eran razonables. Todos los clientes entrevistados sintieron que los servicios de laboratorio tenían un precio razonable. Sin embargo, 65% sintió que el precio de los medicamentos no era razonable y el 50% no tenía dinero para comprar la medicación prescrita o para hacer los análisis de laboratorio. Casi dos tercios de los clientes fue a otro lado para obtener la medicación o los servicios de laboratorio (URC, 1992).

El estudio del CIAES de las mujeres aymaras y quechuas en Cochabamba encontró que las parteras tradicionales cobran entre 30 y 40 Bs. (EU \$8-10). Las mujeres que no eran usuarias del sistema de salud formal dijeron que preferirían usar el hospital para sus próximos partos pero que no tenían el dinero y que estaban más acostumbradas a dar a luz en sus casas (CIAES, 1991). Al ser realizado el estudio del CIAES, los hospitales de Cochabamba cobraban 50-100 Bs. (EU \$12-25) por un parto normal.

### **Calidad de la Atención en Servicios**

Un análisis reciente de los servicios obstétricos en La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz clasificó numerosos centros de salud pública en base a ítems tales como horas de atención, tipos de prenatal y servicios de obstetricia y ginecología ofrecidos, equipos, medicación, limpieza, personal, entrenamiento, equipo de esterilización, y otras categorías (SNS/PROISS, 1995). Estos criterios fueran algunos de los usados para evaluar los servicios en relación a su capacidad de ofrecer "un parto humanizado", el cual es definido por la Secretaría Nacional de Salud como un parto que tiene la calidad de atención necesaria, buenas relaciones interpersonales y equipos para un parto seguro y humano. Los servicios visitados en La Paz recibieron un puntaje de 44,6 de los 100 puntos posibles, mientras que los de El Alto obtuvieron 54,95 puntos. Los servicios en Cochabamba, recibieron el menor puntaje de todas las áreas, 43,44 puntos mientras que los servicios de salud pública en Santa Cruz obtuvieron un puntaje mejor, 59,34 puntos de 100. Un gráfico con los criterios utilizados y con los resultados de las cuatro áreas puede verse en el Apéndice IV. El informe indica que ninguno de los servicios evaluados promueve el abordaje de un "parto humanizado" según la definición de la SNS. Se concluye que "la deshumanización y despersonalización de los servicios de maternidad es patética" (SNS/PROISS, 1995: 219). El modelo medicalizado e individualista utilizado para los cuidados maternos no deja espacio para que actúe la familia de la cliente.

### **Libre elección**

Un informe de la UNICEF confirma que faltan servicios de maternidad en Bolivia y que a las mujeres no se les ofrecen alternativas culturalmente apropiadas durante la atención del parto.

“Los hospitales de maternidad no proveen o permiten muchas cosas consideradas como necesarias para el bienestar del recién nacido: Quienes asisten el nacimiento (generalmente el marido y una mujer mayor) deben rezar y hacer ofrendas especiales a los antepasados del niño, nadie debe mirar hacia adentro del cuarto donde tiene lugar el parto; en algunos casos objetos metálicos no deben ser usados para cortar el cordón umbilical. La placenta requiere de un tratamiento especial: debe ser muy bien lavada y será estudiada con mucho cuidado buscando señales que predigan el futuro del recién nacido, puede ser adornada con flores y hierbas, y después enterrada en un lugar seguro cerca de la casa familiar” (UNICEF, 1991: 1-24).

Un informe reciente indica que algunos hospitales en Cochabamba ahora le permiten a las familias llevarse la placenta a la casa con ellos (MotherCare Matters, 1994). Un estudio reciente de los servicios obstétricos urbanos encontró que mientras las mujeres en La Paz y El Alto tenían de rutina la posibilidad de elegir la posición del parto, eran pocas las mujeres que tenían esta opción en Cochabamba y Santa Cruz (SNS/PROISS, 1995).

Un estudio reciente sobre el grado de intervención médica en El Hospital de la Mujer de la Paz indica que la norma de la institución es utilizar la posición ginecológica tanto para el parto como para la salida de la placenta. En el equipo profesional en los últimos dos años se integró una fisioterapeuta para dar apoyo tanto corporal como psicológico a la parturienta durante el trabajo de parto, pero su aceptación ha costado mucho trabajo (ILCA, 1995).

El mismo estudio contiene entrevistas con mujeres aymaras en el altiplano en dos zonas rurales y uno urbano (La Paz). Cuando las mujeres fueron interrogadas sobre la posición que habían adaptado durante el último parto, la mayoría de las mujeres rurales respondieron que tenían sus hijos “de 4 patas, o sentadas” sobre el piso mientras que la mayoría de las mujeres urbanas tenían sus hijos en posición ginecológica sobre la cama. Los datos del mismo estudio confirman que culturalmente se experimenta la salida de la placenta “como un segundo parto”: las mujeres que tienen sus hijos en posición de 4 patas esperan la salida de la placenta en la misma posición y lo mismo pasa con las mujeres que tienen sus hijos en posición ginecológica.

## **Relaciones Interpersonales**

Un estudio reciente de la SNS/PROISS referido a las relaciones cliente-proveedor realizó los siguientes hallazgos:

- El tratamiento de las clientes es tan rutinario que hay poca variación en los cuidados ofrecidos y poca comunicación entre proveedores y clientes.

- Los cuidados prenatales sólo focalizan lo biológico. Los aspectos psicosociales del embarazo no son tomados en cuenta. A las mujeres a las que se les brindan sólo 5 minutos de cuidados no sienten que la consulta sea eficaz e individualizada siendo relegadas por los proveedores a un papel pasivo en la consulta.
- El personal de salud no demuestra interés en saber cuáles son los deseos de las clientes en relación a quién de la familia debe estar presente durante el parto. De hecho, los reglamentos de muchos servicios prohíben estrictamente la presencia de miembros de la familia durante el trabajo de parto.
- El aymara es el idioma nativo de muchos de los clientes en El Alto. A pesar de lo cual, raramente el personal de las clínicas habla aymara, dificultando la comunicación entre clientes y proveedores.
- En Cochabamba y Santa Cruz más del 60% del personal fue calificado de amigable y que brinda ayuda durante el parto mientras que sólo un tercio del personal recibió esta calificación en El Alto.

Un estudio de mujeres indígenas realizado por CIAES (1991) encontró que los factores que actúan como barrera para el uso de los servicios de salud disponibles incluyen: "la percepción de las mujeres de no ser bien tratadas en estos servicios, normas institucionales que generan conflicto con la modestia y la etnofisiología de las mujeres, y la falta de información y orientación dada a las mujeres durante sus visitas a las clínicas". En el mismo estudio las mujeres se quejaron que los proveedores de salud no les daban informaciones importantes durante el cuidado prenatal y que trataban a las mujeres de una manera impersonal durante las consultas prenatales, el trabajo de parto y el parto (CIAES, 1991).

Un estudio en dos áreas cerca de Cochabamba encontró que las actitudes del personal de salud hacia sus clientes eran la mayor barrera para brindar los servicios médicos a los residentes rurales pobres (Pereira y Rojas, 1993). Los autores relatan que aquellos clientes que tienen miedo o que no pueden entender la terminología biomédica son considerados ignorantes y mal tratados. Además, Dibbits (1994) encontró que los médicos con frecuencia no explican el diagnóstico y las opciones de tratamiento a las mujeres. Cuando dan la información a los pacientes, los médicos a menudo usan un lenguaje demasiado simple y razonamientos no científicos para convencer a los pacientes a cumplir con tratamientos específicos. Los proveedores colocan demasiado énfasis en la

atención individual de la madre o la pareja en vez de indicar prácticas comunitarias o gubernamentales que también podrían estar afectando las condiciones de salud. Así, los proveedores culpan con frecuencia a sus clientes por las enfermedades de los niños o por un pobre resultado obstétrico, aunque las causas de estos problemas de salud estén fuera del control inmediato de los clientes (Dibbits, 1994).

### **Calidad Técnica de la Atención**

Los principales puntos del análisis de situación de la SNS/PROISS 1995 en relación a la competencia técnica son:

- \* El personal de muy pocos servicios llena el Partograma, que describe el desarrollo del embarazo y el parto.
- \* En ningún servicio hay instrucciones escritas sobre los diferentes procedimientos utilizados en un parto vaginal, tales como dilatación digital del cérvix o ruptura artificial de membranas.
- \* Muy pocos servicios registran el uso de sedativos, ocitocina y otros medicamentos durante el trabajo del parto aunque son usados de rutina en la mayoría de los servicios.
- \* La calidad de atención varía según los servicios y las regiones geográficas. En algunos servicios no se llevan registros o no se hacen historias clínicas cuando el paciente consulta, o las historias prenatales son hechas de una manera completamente errónea.

El informe de MotherCare también indica que el sector gubernamental carece de protocolos para el manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales (MotherCare, 1995).

Un estudio de los servicios de Santa Cruz mostró que los proveedores hacen una historia reproductiva completa sólo en el 70% de los casos. Setenta y cinco por ciento revisan las piernas, cara y manos de la paciente buscando signos de edema (URC, 1992). Un estudio anterior realizado por Bartos encontró resultados contradictorios sobre las actitudes hacia la lactancia en los servicios obstétricos. La mitad de los profesionales creen que las mujeres deben separarse de sus bebés por varias horas después de un parto normal o de una cesárea. Sin embargo, 80% de las maternidades públicas apoya la lactancia brindando condiciones para el alojamiento conjunto. Afortunadamente, la distribución subsidiada o muestras gratis de sustitutos de leche materna ofrecidos por productores privados de estos productos casi no existe en las maternidades bolivianas (Bartos, 1991).

En la relación a las vacunas antitetánicas, Bastien informa que los aymaras, quechuas, y los tupi-guaraníes se quejan que los proveedores de las vacunas se las inyectan en lugares equivocados y que usan agujas sin punta, que ya fueron repetidamente utilizadas sin ser esterilizadas. Los proveedores no planifican correctamente los turnos de vacunación para que coincidan con los horarios sobrecargados de las mujeres (Bastien, 1995).

### **Mecanismos para Asegurar la Continuidad**

En la evaluación de los servicios de planificación familiar, esta denominación se refiere a la continuidad de uso del método anticonceptivo. Sin embargo, en el caso de los servicios obstétricos, la continuidad puede referirse a los servicios y a los esfuerzos del proveedor para asegurar el retorno de las mujeres a las consultas pre y post-natales. De una manera amplia, el estudio de la SNS mostró que los servicios de Santa Cruz y Cochabamba están abarcando un porcentaje mayor de la población para la atención prenatal y del parto que los de La Paz y El Alto. Sin embargo, el informe no habla de los porcentajes de seguimiento. El estudio indica que algunos servicios estaban promoviendo activamente los cuidados prenatales en una forma prospectiva. Los servicios en El Alto y Cochabamba fueron los mejores en esto, mientras que sólo un tercio de los servicios en La Paz hacía este tipo de promoción.

### **Privacidad**

Las mujeres entrevistadas en el estudio del CIAES (1991) referían que en las salas de parto, que frecuentemente son frías y con corrientes de aire, están presentes muchas personas, incluyendo el personal de limpieza, invadiendo la privacidad de la mujer. Con frecuencia, muchos estudiantes de medicina están presentes en los partos hospitalarios sin el consentimiento de la mujer (Rance, 1995; CIAES, 1991). Dibbits (1994) encontró que una queja importante entre las mujeres aymaras era que debían quedarse con desconocidos en el mismo cuarto en el hospital. Un estudio de los servicios de la Secretaría Nacional de Salud en Santa Cruz mostró que el 99% de las clientes entrevistadas dijo que habían sido atendidas con una privacidad adecuada (URC, 1992).

### **Información a los Usualos y Materiales de IEC**

El análisis de situación de la SNS/PROISS encontró que más de la mitad de los servicios obstétricos ofrecen sesiones educativas sobre cuidados obstétricos. Además, los responsables de casi todos los servicios declaran que se ofrecen sesiones de consejería individual y educación comunitaria en cuidados obstétricos, aunque estas actividades no están oficialmente registradas

(SNS/PROISS, 1995). Un estudio en Santa Cruz encontró que mientras el 80% de los proveedores explica la importancia del cuidado prenatal y 43% explica los síntomas que requieren cuidados médicos inmediatos, sólo el 64% de los proveedores verifica si las mujeres realmente entendieron los mensajes (URC, 1992). Una de las conclusiones principales de este estudio, que investigó tanto las clínicas de la SNS como PROSALUD, es que "ambos sistemas ofrecen personal técnicamente competente, pero que deberían fortalecer sus capacidades en consejería y educación" (URC, 1992: 36).

Un análisis de situación conducido en dos centros urbanos encontró que un alto porcentaje de los puestos de salud (76%) tiene sesiones educativas (MotherCare, 1995). Otro estudio realizado por la SNS encontró que la mayoría de los responsables de los servicios declaran que ofrecen educación comunitaria en los centros obstétricos pero que estas actividades no están registradas en la SNS (SNS/PROISS, 1995). Por lo tanto, existe una discrepancia entre lo que estos responsables dicen que ocurre en las comunidades y lo que realmente está registrado como actividad oficial. Hasta ahora, el gobierno no ha enfatizado el significado de las actividades de IEC; por lo tanto los directores de clínicas no creen que hay que informar sobre estas actividades. A nivel nacional, se encontró que sólo dos de los 32 miembros del subcomité de actividades de IEC en la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva tenían títulos en comunicación o educación. Esto fue citado, por los autores del informe MotherCare como una deficiencia.

El estudio de MotherCare sobre IEC y entrenamiento también encontró que la mayoría de los proveedores tienen una comprensión limitada de la consejería. La mayoría cree que consejería significa dar informaciones sobre salud o entregar materiales educativos (MotherCare, 1995). El proyecto MotherCare, junto con varias ONGs, han desarrollado materiales educativos sobre cuidados prenatales, y parto seguro e higiénico. Los materiales tienen como objetivo sensibilizar a los proveedores y administradores en relación a las condiciones de la salud materno-infantil en Bolivia (MotherCare, 1995). Sin embargo, los materiales educativos son usados principalmente en las sesiones educativas en grupo y los proveedores no los usan en las atenciones individuales.

Bastien encontró que la falta de información sobre la vacuna antitetánica contribuye a que esta sea poco entendida entre los aymaras, quechuas, y tupi-guaraníes. Al ser entrevistadas ninguna de las mujeres aymaras tenía idea para que servía la vacuna, y sólo un cuarto de las mujeres quechuas y la mitad de las tupi-guaraníes entendían el significado de la vacuna. Esto no sorprende porque la mayoría de los proveedores administra la vacuna sin ninguna explicación sobre sus beneficios (Bastien, 1995).

## **CALIDAD DE LA ATENCION EN OTROS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA**

### **Servicios de Ginecología**

Un estudio del año 1992 realizado con 400 mujeres de clase media y media-alta en La Paz reveló que las mujeres estaban muy insatisfechas con los servicios de salud. Veinte por ciento de las mujeres había cambiado de ginecólogo en los doce meses previos al estudio. Las principales razones para cambiar de médico eran diagnóstico incorrecto (60%) y falta de confianza en el tratamiento prescrito (25%). Las mujeres también expresaron insatisfacción por la falta de servicios complementarios no clínicos tales como consejería para adolescentes y víctimas de abuso sexual u otro tipo de abuso. También fueron referidos por este grupo, como asuntos importantes, la falta de horarios convenientes y la dificultad para conseguir consultas (McInerney y De La Quintana, 1994).

Un informe recientemente publicado (Skibiak et al., 1994) ofrece evidencias de que el sistema de salud pública no está suficientemente equipado para ofrecer servicios más complejos de salud reproductiva, lo cual también contribuye a dificultar el acceso. En 1993, un proyecto de investigación operativa fue iniciado para introducir por primera vez los servicios de salud reproductiva en el programa de salud primaria rural del Distrito VII de Cochabamba (Provincias de Capinota y Arque). Hasta ese momento no había información sobre el Papanicolau ni sobre los riesgos del cáncer. Al comienzo del estudio, no se ofrecía Papanicolau; un año y medio después más de 250 Papanicolaous eran realizados por auxiliares de enfermería de la comunidad (Skibiak et al., 1994). Uno de los resultados más impresionantes de este estudio fue que de todas las mujeres que realizaron un Papanicolau durante los 16 meses del proyecto, el 72% solicitó un método de planificación familiar. Esto demuestra que una vez que las mujeres tienen acceso a servicios de buena calidad y se establece la importancia de tener servicios de salud reproductiva y planificación familiar, las mujeres solicitan estos servicios. Se puede concluir que las mujeres que están motivadas para hacer un Papanicolau también pueden estar motivadas para consultar sobre planificación familiar.

Otro proyecto en Tarija ayudó a disminuir el tiempo de espera del resultado del Papanicolau lo cual disminuyó la demora para la inserción del DIU en un 88%. Esto a su vez llevó a un aumento de 10 veces en el número de los DIUs colocados por mes (Skibiak et al., 1993b). En El Alto, área periurbana de La Paz, una campaña gubernamental para la prevención del cáncer cervical aumentó cuatro veces el número de Papanicolaous realizados entre 1993 y los esperados en 1995 (Torres, 1995).

### **Servicios Post-aborto**

No se ha dado la atención necesaria a los servicios de post-aborto en Bolivia. En algunos

hospitales católicos, no se recibe a las mujeres cuando se sospecha que vienen con un aborto inducido (Rance, 1993). Algunos hospitales quieren evitar la internación de muchos abortos incompletos por miedo de ganarse la fama de un "hospital de abortos".

El estudio de Rance revela que las mujeres reciben muy poca consejería después de ser tratadas médicamente por el aborto incompleto. Las mujeres se van del hospital con la idea de que mientras no sientan ningún dolor agudo están sanas. Por lo tanto, son enseñadas a ignorar otros indicadores de complicaciones tales como flujo vaginal o sangrado abundante. Los proveedores con frecuencia no dan informaciones sobre el período de tiempo que la mujer debe esperar antes de reanudar sus relaciones sexuales. Debe destacarse, sin embargo, que no toda la asistencia brindada es inadecuada; se encontró que algunos proveedores realmente tratan de ayudar a sus pacientes y les ofrecen apoyo moral. Con frecuencia las mujeres tienen sentimientos de culpa y dificultades con la autoestima. Un consejero comentó "no es un problema psicológico; es el mal tratamiento de la sociedad que hace que la mujer se sienta culpable" (Rance, 1993: 10).

La consejería de planificación familiar post-aborto es un concepto nuevo en Bolivia. El estudio de Rance encontró que muchos médicos no están dispuestos a usar su tiempo en explicarle a las mujeres las diferentes opciones anticonceptivas. La mujer, o se coloca un DIU o deja el hospital sin ningún método (incluyendo la educación sobre el uso correcto de métodos tradicionales) (Rance, 1993). IPAS está trabajando con la Secretaría Nacional de Salud en un proyecto para brindar consejería y atención en planificación familiar post-aborto.

## **PERSPECTIVAS DE LAS USUARIAS Y EL CONTEXTO SOCIAL DEL CUIDADO MATERNO**

Es importante señalar primero que las cifras de mortalidad materna, aunque altas a nivel nacionales, muchas veces no son vistas de la misma perspectiva de los miembros de la comunidad. Estos son las conclusiones de un estudio reciente de mujeres aymaras en el Altiplano. El informe concluye: "Las tasas de mortalidad, en términos de la experiencia de la vida y de la memoria humana, parecen bajas: para cualquier miembro de una comunidad rural el recordar solamente 3 hasta 6 casos de mortalidad relacionados con el parto en un periodo de 20 años parece poco. Además, estas tasas no asustan a la gente del campo; más bien es norma por el hecho de que ellos/as están acostumbrados a aceptar en general una alta tasa de mortalidad en todos aspectos de la vida humana. Por otra parte, en términos culturales, las mujeres del lugar muchas veces no relacionan las muertes que ocurren durante el periodo del embarazo, parto y postparto con los riesgos mismos del parto. Más bien, ellas culpa la muerte a otras causas: como el frío, los diablos, o a asuntos familiares que no están bien arreglados" (ILCA, 1995:108). Como estas mujeres no perciben el embarazo o parto como riesgoso, es lógico que no sienten la necesidad de acudir a ningún servicio médico, lo cual puede explicar los bajos niveles de utilización de los servicios.

El hecho de que muchas mujeres no acuden a ningún servicio de salud durante el parto no quiere decir que no se cuidan. El estudio de mujeres aymaras de Cochabamba indica que se recomienda que la embarazada, además de cumplir con las instrucciones del médico, asearse bien, hacer ejercicios, no fumar o consumir drogas, no tomar medicamentos no autorizados, realizar sólo actividades livianas, no levantar cosas pesadas, no levantarse temprano en época de frío, estirarse en el catre, dormir de costado y hacerse el manto. Debe comer una dieta sana que no incluye ni muchas grasas y masas ni comidas picantes o excesivamente saladas (de Pareja y de Ballon, 1994). Si se hace, el acto sexual debe realizarse con cuidado.

### **Servicios de Prenatal, Parto y Postparto**

Una encuesta de 1991 de mujeres quechuas y aymaras da una visión de las razones complejas que hacen que las mujeres embarazadas raramente procuren asistencia médica moderna. El estudio mostró que las mujeres no concurren al sector formal de salud durante el embarazo porque consideran que este es un proceso normal, que no requiere de cuidados médicos. Aquellas mujeres que pueden haber considerado la posibilidad de una asistencia prenatal, dieron como principales razones para no hacerlo: la falta de dinero, falta de confianza en los médicos, miedo de ser mal tratada y vergüenza frente a los médicos hombres. En general, fue encontrado que en Bolivia faltan servicios de buena calidad para la atención del trabajo del parto y parto y que muchas mujeres bolivianas no están satisfechas con los servicios existentes (CIAES, 1991: 18-19).

De Pareja y de Ballon (1994) han encontrado que entre mujeres aymaras de Cochabamba, las mujeres asisten al control prenatal sobre todo durante los últimos meses del primer embarazo para saber si el feto está en buena posición y para no tener problemas durante el parto. No tiene que ser un médico que realiza este tipo de control; puede ser la partera, vecina y pariente.

Dibbits, que investigó los puntos de vista de las mujeres aymaras en El Alto, encontró que a las mujeres no les gusta ser hospitalizadas para el parto, porque las condiciones de higiene son totalmente insatisfactorias. Frecuentemente, las sábanas no son cambiadas en las salas de parto. Además, las mujeres perciben que los proveedores creen que la pobreza es igual a falta de higiene. Además, la comida no es adecuada; no se hace ningún esfuerzo para servirle a la mujer bebidas calientes las cuales son consideradas importantes para mantener tibia la sangre de la mujer durante el embarazo. Las pacientes de mejor condición económica reciben más comida y de mejor calidad (Dibbits, 1994).

<b>Tabla 15: Diferencias en la Atención del Parto entre el sistema Quechua-Aymara y Médico Occidental</b>		
<b>Sistema quechua-aymara</b>		<b>Sistema médico occidental</b>
ambiente caliente	temperatura ambiente	ambiente frío
sin corrientes de aire	ventilación	ambiente ventilado
marido, suegra, partera	quien atiende	médicos, enfermeras
muy abrigada	vestidos	muy poca ropa
nada	preparación	enema, rasurado vulvar
tés y comidas calientes	alimentación	nada
vertical	posición durante el parto	horizontal
caminando	movimientos durante el parto	nada
tés, masajes, medicamentos	inductores del parto	Ocitocina
en cuclillas	posición durante el parto	acostada/posición ginecológica
instrumento de cerámica	instrumento para cortar el cordón	metálico
entierra o quema en casa	que se hace con la placenta	se bota a la basura
pudor, privacidad, bienestar, seguir las costumbres que protegen la salud	preocupaciones principales	técnicas médicas apropiadas, asepsia, bienestar del recién nacido, otras necesidades de la paciente

Fuente: CIAES, 1991: 44.

El caso de la vacuna antitetánica ilustra el poder que tienen los rumores y las percepciones para decidir la utilización o no de los servicios de salud. En 1994, un padre de Cochabamba les anunció a los bolivianos que la vacuna antitetánica estaba siendo utilizada como un método anticonceptivo y que a largo plazo producía daño a la fertilidad de la mujer. Como resultado de estas declaraciones el número de mujeres que se aplicaba esta vacuna disminuyó considerablemente en relación a los niveles anteriores en todo el país. En El Alto, por ejemplo el número de vacunas antitetánicas aplicadas disminuyó de más de 47.000 a 20.300 entre 1993 y 1995 (Torres, 1995).

Un artículo recientemente publicado describe la percepción de los aymaras, quechuas y tupi-guaraníes en relación al tétanos neonatal. "Las mujeres en estas áreas no aceptan la inmunización no sólo por el dolor, el esfuerzo y el tiempo invertido, sino también porque no le dan importancia a la inmunización ya que el tétanos neonatal es considerado un evento sobrenatural y dramático, con interpretaciones psicológicas, sobrenaturales y sociales. Dudan que las inyecciones puedan proteger tanto a ellas como a sus niños de lo que supuestamente es causado por fuerzas superorgánicas" (Bastien, 1995: 77). Bastien también encontró que entre varios grupos de mujeres indígenas hay un gran temor que las madres serán culpadas de la muerte de sus hijos de tétanos. Además, las mujeres se resisten a recibir la inoculación contra el tétanos porque, "si ellas admiten el hecho que pueden prevenir esta enfermedad terrible, ellas también están reconociendo su culpa por la muerte de los niños que ya fallecieron" (Bastien, 1995: 84).

En cuanto los cuidados postparto, se ha encontrado en el estudio de ILCA que las mujeres aymaras no dan mucha importancia a la consulta postparto. Más de la mitad quedan solas después del parto, mientras que algunas acuden a sus esposos, mamás u otras familiares. En esta zona estudiada (Inka Katurapi) tampoco es costumbre para las mujeres consultar a la partera tradicional que ha apoyado durante el parto (ILCA, 1995). Es común que las mujeres toman mates, caldos, comidas blancas, chocolate después del parto; algunas de la mujeres que tuvieron sus hijos en el hospital interpretaron los “refrescos” dados en el hospital como el jugo de manzana, como una forma de mate (ILCA, 1995).

**Tabla 16: Uso de los Mates en el Parto (Aymara)**

<b>Durante el Embarazo</b>	<b>Durante los Trabajos de Parto</b>	<b>Después del Parto</b>
Aliviar dolores	Aliviar los dolores Acelerar el proceso de parto	Limpiar la sangre
Provocar un aborto	Decelerar el proceso de parto en el caso cuando la mujer está demasiado caliente y sudando	Limpiar y desinfectar el cuerpo en el lavatorio
	Apoyar subsecuentemente en la curación de las heridas profundas del cuerpo	Evitar la condición del sobreparto
	Apoyar la salida de la placenta	Curar el sobreparto

Fuente: ILCA, 1995.

### **Servicios Post-Aborto**

Rance (1993) señala que muchas mujeres esperan varios días después de su aborto para buscar asistencia en el sistema médico. Algunas de las razones para esto son la falta de conocimientos que las mujeres tienen en relación a la gravedad de los sangrados prolongados y para reconocer los síntomas de las infecciones. Además, la demora en buscar asistencia está relacionada al estoicismo de las mujeres acostumbradas a sacrificar su propia salud en beneficio de sus familias. Pero, sobre todo, el temor a las sanciones morales y legales y al estigma social de haberse hecho un aborto, es lo que lleva a las mujeres a negar sus dolores y a negar sus acciones.

Una vez que las mujeres son forzadas a buscar ayuda porque no consiguen soportar el dolor, enfrentarán otros problemas. Para muchas pacientes con complicaciones de aborto el servicio de emergencia es su primer contacto con un hospital moderno. No debe sorprender que este encuentro esté lleno de inseguridad. Los proveedores no explican los procedimientos del legrado. Las mujeres deben informar a los profesionales de salud que el aborto fue el resultado de una caída o de otro tipo de accidente por miedo a represalias. Muchas no le han contado a nadie de su familia por lo que han pasado e ingresan al hospital sabiendo que sus maridos o parientes pueden enterarse. Es norma en algunos servicios notificar a los parientes, aún en contra de la voluntad de las pacientes (Rance, 1993).

## PARTE VII

# LOGISTICA DE ANTICONCEPTIVOS E INSUMOS MEDICOS

### **Producción, Donación y Registro**

La disponibilidad de métodos anticonceptivos en los servicios es el punto principal para comprender la gama disponible de métodos en el país. El Population Council recientemente realizó un estudio sobre la producción, obtención y sistema de distribución de los métodos anticonceptivos en Bolivia. La mayor parte de la información contenida en este capítulo proviene del informe de De la Quintana, 1994.

En Bolivia, la ley hace distinción entre “dispositivos médicos” que incluyen los condones y DIUs, y “especialidades farmacéuticas” que incluye las píldoras, las tabletas de espuma vaginal y los inyectables. Las especialidades farmacéuticas como los anticonceptivos se rigen por las mismas leyes que los otros medicamentos. Sin embargo, los métodos anticonceptivos importados comercialmente están sujetos a una legislación diferente que aquellos que son donados.

Toda la reglamentación de medicamentos en Bolivia se encuentra en el Código de Salud de la República de Bolivia. La Secretaría Nacional de Salud a través del Departamento Nacional de Medicinas, Farmacias y Laboratorios controla todo el proceso de reglamentación. Las medicinas (píldoras, inyectables y espermicidas) deben obtener un registro (Registro Sanitario) que autoriza la importación, distribución y comercialización de cualquier método por un período de cinco años. El registro no especifica como debe ser utilizado el fármaco, ni sus contraindicaciones o restricciones. Registrar un nuevo medicamento lleva aproximadamente un año. Hasta 1993 no había datos sobre qué productos (aproximadamente 5.500) habían sido registrados en el país. El gobierno está formando un banco de datos al respecto. Los métodos importados por donantes internacionales no tienen que obtener el Registro Sanitario. USAID y Pathfinder colaboran principalmente con las ONGs en el sector privado y FNUAP con el sector público. Las donaciones internacionales de anticonceptivos representan una gran proporción de los métodos disponibles en Bolivia. De hecho, todos los condones y métodos vaginales importados oficialmente son donados.

Tabla 17. Aporte Actual de los Donantes en Métodos Anticonceptivos					
DONANTE	UNFPA		USAID	Pathfinder	IPPF
AÑO	1994	1995*	1994	1994	1994
DIU T 380 A (unidades)	151,000	20,833	15,600	3,000	
Condomes (unidades)	2,880,000	389,048	1,026,000	100,000	
Píldoras (ciclos)	100,000	54,000	252,602	11,000	
Implantes (juegos)			200		
Inyectable (DMPA) (1 cc)					400
Tabletas Vaginales			153,600	111,000	

Fuente: UNFPA, 1995. \*1995 Los datos del UNFPA son los planeados y sujetos a cambios.

## DIU

Los DIUs, T de cobre 380A, fabricados por Finishing Enterprises, de Estados Unidos son donados por USAID, FNUAP y Pathfinder. La Nova T es producida por Schering de Alemania e importada por el mismo laboratorio.

## Anticonceptivos Orales

Actualmente, aproximadamente una docena de marcas de anticonceptivos orales están registrados o en proceso de ser registrados en el sector comercial. La tabla 17 contiene la información sobre las píldoras que han obtenido el Registro Sanitario en 1994, están esperando a ser registradas o no precisan de registro.

<b>Tabla 18: Marcas de Píldoras Anticonceptivas Según su Situación de Registro</b>		
<b>Producto</b>	<b>Importador/Donante</b>	<b>Fabricante</b>
<b>Píldoras anticonceptivas registradas hasta 1994</b>		
DENOVAL	Socoman Transinco	Wyeth
OVRAL	Socoman Transinco	Wyeth
NORDETTE	Socoman Transinco	Wyeth
NORIDAY	Abendroth	Syntex USA
NORVETAL (hasta 1993)	Pharma Investi	Recalcine
MINIGYNON	Schering	Schering
MICROGYNON	Schering	Schering
MINULET	Socoman Transinco	Wyeth
MODUTROL	Pharma Investi	Recalcine
TINORDIOL	Socoman Transinco	Wyeth
TRINOVUM	Abendroth	Silac
TRIQUILAR	Schering	Schering
<b>Píldoras anticonceptivas registradas previamente y en espera de re-registro</b>		
DIANE 35	Schering	Schering
GYNOVIN	Schering	Schering
TRINORDIOL	Socoman Transinco	Wyeth
<b>Píldoras anticonceptivas que no necesitan registro</b>		
LO FEMENAL	USAID, UNFPA, Pathfinder	Wyeth USA
OVIDON	UNFPA	Gedeon Richter
RIGEVIDON	UNFPA	Gedeon Richter

## **Métodos Vaginales**

Las tabletas vaginales están disponibles en Bolivia. USAID y Pathfinder donan CONCEPTROL y además también está siendo comercializado. Rendell Plus, una tableta de espuma vaginal producida por Rendell en los Estados Unidos, está siendo registrada. NORFORMS es importado del Perú pero no tiene registro. Las espumas y cremas vaginales que están disponibles en Bolivia son: DELFEN, producida por Ortho de los Estados Unidos y distribuida por Pathfinder; y NEOSAMPUM, producida en Japón y distribuida por FNUAP.

## **Inyectables**

Depo-provera, producida por UpJohn estuvo registrada en Bolivia hasta 1988. SOCOMAN, que era el distribuidor oficial, interrumpió dicha distribución debido al alto costo y a la competencia con el mercado negro de inyectables. Actualmente PHARMA IMPORT está en proceso de obtener el Registro Sanitario para el uso como anticonceptivo de Depo-provera. La Depo-provera actualmente está aprobada para su uso sólo en los tratamientos de endometriosis.

## **Condomes**

La única marca de condones importada oficialmente en Bolivia es NO-LOGO y SULTAN (por USAID, FNUAP y Pathfinder) y PROTEKTOR (por USAID) todos producidos por Ansell, Inc. de los Estados Unidos. Otras marcas sólo están disponibles en el mercado negro y estas son: CONTEMPO EROTICA, GOLD, DE LUXE (Estados Unidos); DESIRE (origen desconocido); EXOTIC (Argentina); JOHNTX (Brasil); KINGTEX CONTURA, KINGTEX PIN, KINGTEX LONG TIME (Alemania) y un producto sin nombre de Corea.

Los cuatro métodos ofrecidos por la Secretaría Nacional de Salud son los anticonceptivos orales, DIU, condones y métodos naturales. Muchos métodos actualmente disponibles en el país no están incluidos en las normas médicas porque estas no están actualizadas. Esto crea la sensación entre los proveedores que las píldoras han sido importadas ilegalmente.

## **Importación, Comercialización y Distribución**

Actualmente la importación comercial de los métodos es realizada por cinco compañías: Abendroth, ALCOS, Pharma Invest, Schering Boliviana Ltda. y Wyeth-Ayerst. Sólo los productos que tienen Registro Sanitario pueden ser legalmente importados. Ya que los condones y los DIUs no son considerados especialidades farmacéuticas sino dispositivos médicos, no requieren del registro y por lo tanto pueden ser importados libremente. Los costos totales de importación son un 30% del valor del producto después de agregados los costos aduaneros, impuestos y otros pagos.

Los insumos donados no precisan pagar impuestos de aduana y no requieren de un Registro Sanitario. Por lo tanto no existe distinción entre especialidades farmacéuticas y dispositivos médicos. La liberación de impuestos es aplicada a todos los materiales y proveedores, benefactores y organizaciones beneficiadas. Actualmente el proceso que debe seguirse en la aduana para liberar los anticonceptivos donados puede durar aproximadamente dos meses.

El Programa Nacional de Salud Reproductiva fue iniciado por FNUAP y por USAID/Bolivia como apoyo al Plan Nacional de Desarrollo, Supervivencia Infantil y Salud Materna. USAID se ha convertido en el donante principal de anticonceptivos para las organizaciones privadas nacionales. En 1992, USAID/Bolivia contrató a FAMES (Fundación de Asistencia Médico-Social) para importar y distribuir los anticonceptivos (píldoras, DIUs, condones y tabletas de espuma vaginal) a 8 ONGs y a la Caja Nacional de Salud en el sector público. FAMES recibe estas donaciones de USAID dos veces al año y es responsable de almacenar y distribuir estos productos.

El proyecto de FNUAP "Salud Reproductiva II" se reinició en el año 1992 con un presupuesto de 3 millones de dólares. Este proyecto trabaja con la Secretaría Nacional de Salud y la Organización Mundial de la Salud para brindar servicios en todos los distritos de salud en áreas rurales y urbanas marginales de las regiones más pobres del país. La Central de Abastecimiento de Suministros (CEAS) es una organización autónoma semi-gubernamental que funciona como principal distribuidora de productos para la Secretaría Nacional y sirve de agencia responsable del proyecto FNUAP. El CEASS también distribuye las sales para terapia de rehidratación oral para UNICEF y condones para los programas de ETS y SIDA de USAID. También distribuye los insumos en las Unidades Regionales (UROS) situadas en todos los departamentos del país. De ahí, los insumos son distribuidos a los puestos distritales y locales de salud. Sin embargo, los insumos distribuidos por el CEASS con frecuencia no llegan a las áreas rurales más remotas.

Pathfinder dona métodos anticonceptivos directamente a trece ONGs como parte del Estrategia Nacional de Salud Reproductiva. La importación y distribución de métodos es realizada por dos ONGs Bolivianas, CIES y PROSALUD. En la ciudad de Cochabamba también son utilizados otros distribuidores. Pathfinder evalúa qué cantidad de métodos será necesaria anualmente y hace los envíos a Bolivia tres veces al año. CIES recibe los métodos en La Paz con la ayuda de una compañía llamada Gulart; PROSALUD recibe los métodos en Santa Cruz y trabaja con un agente aduanero llamado "La Oriental".

Después que los productos farmacéuticos reciben el Registro Sanitario, la compañía de importación debe solicitar la obtención de un Certificado de Registro de Marca del Departamento de la Propiedad Industrial y del Director General de Normas y Tecnología de la Secretaría Nacional de Industria y Comercio. Este proceso demora alrededor de un año y consta de tres fases.<sup>4</sup> Las ventas comerciales de los anticonceptivos en las farmacias (excluyendo los dispositivos) son hechas mediante la presentación de una prescripción. Sin embargo, no queda claro hasta qué punto esta disposición es cumplida. Las píldoras donadas por las organizaciones internacionales y los condones no requieren prescripción.

---

<sup>4</sup> Para mayores detalles sobre las tres fases, ver De La Quintana, 1994

## **Distribución**

Los tres subsistemas de distribución al por mayor de los productos farmacéuticos en Bolivia incluyen el sector comercial con fines de lucro, el sector comercial sin fines de lucro y los distribuidores de medicinas e insumos médicos donados. Las compañías privadas de importación usan una variedad de modalidades de distribución que incluyen las ventas directas a los farmacéuticos y acuerdos cooperativos con las grandes compañías de distribución de origen boliviana.

## **Ventas**

El gobierno está considerando colocar precios tope para muchos productos farmacéuticos incluyendo los anticonceptivos, pero en este momento el libre mercado determina su precio en las farmacias. En general, el precio de los anticonceptivos al público es 115% mayor de lo que paga el importador.

## **Normas para el Uso de Anticonceptivos**

Hay tres fuentes que reglamentan el uso o la aplicación de productos farmacéuticos y a quienes ofrecen servicios farmacéuticos. El Formulario Terapéutico Nacional es una guía elaborada por la Secretaría Nacional de Salud, la OMS, y UNICEF. Indica las dosis adecuadas, la duración de uso, las indicaciones y contraindicaciones y los efectos colaterales. Actualmente, Ovral y Noriday son los únicos anticonceptivos orales de alto dosaje aún disponibles y están en proceso de ser retirados del mercado. En 1992, La Dirección Nacional de Salud y Nutrición para la Mujer y el Niño elaboró el Manual de Normas y Procedimientos en un intento de mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva. Este libro contiene información actualizada para los proveedores. También ha publicado el Texto de Referencia de Salud Reproductiva, en 1994, con técnicas y procedimientos actualizados para su utilización prioritaria en los servicios públicos. Están en proceso de impresión los nuevos protocolos para la atención integral a la mujer en todos sus componentes, incluyendo los servicios de planificación familiar, atención gestacional, complicaciones obstétricas, ETS-SIDA y cáncer de la mujer.

## **La Brecha Entre la Teoría y la Práctica**

En general, hay conciencia entre los proveedores de salud reproductiva, tanto en el sector privado como público, de que existen dificultades en la difusión y aplicación de las normas específicas para la entrega de anticonceptivos. Esto puede agravarse por el hecho de que todo el sector de las ONGs, cuyos insumos provienen de donantes extranjeros, sigue preferentemente las orientaciones

de las agencias en lugar de las nacionales. También, hay un número considerable de distribuidores y vendedores en el mercado negro de anticonceptivos, que es otro elemento que confunde a los proveedores. La Depo-provera ha sido registrada en el país, pero se indica que debe ser usada sólo para el tratamiento de la endometriosis, no como anticonceptivo.

Algunos proveedores consideran ilegal la distribución comunitaria de anticonceptivos. Muchos proveedores no saben que los condones (tanto comerciales como donados) y las píldoras donadas por organizaciones internacionales no requieren de una receta, y por lo tanto pueden ser distribuidas en la comunidad. Existe temor sobre las consecuencias políticas de las campañas masivas de IEC para promover el uso de anticonceptivos. Actualmente, el gobierno no permite la comercialización de los productos farmacéuticos con su nombre comercial para prevenir la auto-medicación de la población con drogas, la mayoría de las cuales están disponibles sin receta. Los condones y anticonceptivos orales son promovidos a través de los servicios.

El mercado negro y el contrabando de anticonceptivos están difundidos en Bolivia. Por ejemplo, el informe de De la Quintana informa que Microgynon legalmente importado en Bolivia está siendo vendido a las farmacias por 19,40 Bs. y a los consumidores por 25,20 Bs. (5 US\$). Por otro lado, el Microgynon de contrabando proveniente de Argentina, Brasil, Perú y Ecuador es vendido a las farmacias por 10-14 Bs. (2-3 US\$) pero vendido al público por el mismo precio de 25,20 Bs., lo cual deja una ganancia del 80-152% para el farmacéutico. Sin embargo, Rance informa que Microgynon del Perú puede ser comprado en farmacias por un precio subsidiado de 4,50 Bs. (1 US\$) (Rance, 1995). Un grupo denominado Asociación de Representantes de Importadores y Distribuidores Farmacéuticos se formó agrupando 29 instituciones. Los productos importados y distribuidos por estas instituciones tienen un sello con el precio al por mayor y de venta, así los clientes saben que el producto ha sido importado legalmente.

Un estudio realizado en varios servicios de salud detectó quejas por parte tanto del personal tanto médico como paramédico acerca de la condiciones en que llegan a los centros sanitarios los insumos anticonceptivos. Se referían a la inminente caducidad de algunas partidas de píldoras y la reclamaciones de los usuarios por la rotura de preservativos (Parras, 1994).

Una evaluación farmacéutica del sistema de insumos y distribución en Bolivia realizados por la Pan American Development Foundation (1994) describió estos 5 problemas o limitaciones:

1. Un problema de logística en abastecimiento y distribución que tornan la calidad farmacéutica dudosa.

2. Limitaciones financieras a nivel de los centros de salud que afectan la disponibilidad farmacéutica.
3. Distribución limitada de medicinas e insumos para la salud para los programas de salud reproductiva.
4. El alto costo de las medicinas.
5. Una pobre práctica de recetar y una medicación excesiva.

## **ESFUERZOS RECIENTES DE INTRODUCCION DE ANTICONCEPTIVOS**

### **Esterilización Femenina**

Tal como fue mencionado anteriormente, las normas en Bolivia dificultan la esterilización femenina excepto en casos de embarazos de alto riesgo. La AVSC, una organización que entrena proveedores en técnicas quirúrgicas y consejería, actualmente tiene proyectos para entrenar médicos en las técnicas de esterilización. Marie Stopes, una organización con base en Inglaterra, también ha estado trabajando en la introducción de la esterilización en Santa Cruz.

### **Implantes Norplant®**

En Diciembre de 1990, un proyecto para estudiar la introducción de los implantes Norplant® comenzó en el Hospital Obrero No. 1 de la Caja Nacional de Salud en La Paz. Las historias clínicas de 150 usuarias fueron analizadas para preparar un informe que recientemente fue publicado en Salud Boliviana. De acuerdo con este artículo, el tiempo promedio de utilización de este método fue de 14,1 meses. Hasta el momento de su publicación, 41 mujeres (36,6%) eligieron retirar los implantes antes de terminar el período de cinco años de efectividad. La principal razón para la retirada eran los problemas menstruales. Los autores concluyeron que a pesar de la relativamente alta tasa de discontinuidad encontrada en este estudio, los implantes Norplant® deben ser considerados como una opción viable en los intentos de ampliar la gama de métodos anticonceptivos disponibles (Peredo y Ampuero, 1995). Sin embargo, existen criterios adversos fundados en la incapacidad técnica de gran parte de los servicios para implantar y retirar las cápsulas.

### **Depo-Provera (DMPA)**

Se está realizando un trabajo en el Hospital San Gabriel de La Paz sobre la introducción de Depo-Provera. Los resultados de este estudio introductorio no estaban disponibles para ser incluidos en este informe.

## **Inserción del DIU en el Post-parto**

Se está realizando un trabajo en el Hospital San Gabriel de La Paz sobre la introducción de la T de Cobre 380A en el post-parto inmediato. Resultados preliminares de este trabajo indican que las tasas de expulsión han sido más bajas que las que informan estudios similares en otros países (Viscarra, 1995). Sin embargo, son muchos los proveedores que no aceptan la inserción del DIU en el post-parto inmediato debido a las altas tasas de expulsión informados en estudios realizados en la década del 70-80. Oscar Viscarra, director tanto del estudio Norplant® como del de DIU, cree que la consejería usada en el estudio es de un alto nivel lo que asegura una verdadera libre elección (Viscarra, 1995).

## PARTE VIII

# CONCLUSIONES Y PREGUNTAS

### Conclusiones

Bolivia tiene una población relativamente pequeña comparada con sus vecinos Latino Americanos, y enfrenta nuevos desafíos debido al rápido crecimiento urbano. Pobreza, falta de servicios básicos y aislamiento de las comunidades rurales contribuyen a que los indicadores de salud sean bajos, especialmente en salud materna. Las altas tasas de mortalidad y morbilidad se deben a la alta tasa de fertilidad del país, a la baja edad para la primera unión, bajos niveles de conocimiento y tratamiento de las ETS y el uso ampliamente difundido del aborto clandestino. Las encuestas indican que las mujeres bolivianas quieren reducir su fertilidad y las tendencias de uso de anticonceptivos indican que más mujeres están adoptando el uso de métodos de planificación familiar, tanto tradicionales como modernos. Sin embargo, continúa habiendo una considerable demanda no satisfecha. Las grandes encuestas muestran que aproximadamente la mitad de las mujeres no reciben cuidados prenatales durante el embarazo y más de la mitad tienen a sus bebés sin supervisión médica. Datos de la demanda insatisfecha y de la utilización de los servicios de salud materno-infantiles, indican la necesidad de expandir los servicios de salud reproductiva y las alternativas anticonceptivas para llegar a la población no atendida.

Las altas tasas de natalidad de Bolivia han dirigido las políticas de salud materno-infantiles en los últimos años. La salud materno-infantil en Bolivia, fue reconocida como un aspecto crítico en la atención a la salud en 1982, cuando retornó la democracia. Sólo después de 1987 la mortalidad materna pasó a ser el punto central de esta política de salud. Una revisión de la historia reciente indica que la planificación familiar, especialmente cuando es vista como parte de una política de población, ha ocupado un lugar controvertido. Sin embargo, hay un número de hechos que han tenido lugar que indican un avance en dirección a la expansión de los servicios de salud reproductiva incluyendo la planificación familiar. Estos consistieron en promover seminarios en 1989 sobre varios aspectos de la salud reproductiva, el desarrollo de un Proyecto de Salud Reproductiva con USAID en 1989/90, la formulación del Plan Vida, y el desarrollo de las declaraciones para la Conferencia de El Cairo, 1994, apoyando el derecho de las parejas a una libre elección en materia de anticoncepción. Algunas barreras legales para la expansión de los servicios aún permanecen, tales como la posición nacional ambigua en relación a la esterilización, aunque el ambiente político parece favorable para la introducción de nuevas estrategias y programas en el área de la salud reproductiva.

Los servicios de salud pública son brindados por la Secretaría Nacional de Salud y por el sistema de seguridad social. El sector privado y el de las ONGs tienen un papel cada vez más significativo en brindar servicios de salud reproductiva y en la actualidad son los lugares donde la mayoría de las parejas obtiene la anticoncepción. Documentos recientes que analizan las condiciones de los lugares donde se brindan servicios en Bolivia, indican que mientras ha habido algún progreso en la última década, aún hay serias deficiencias en la infraestructura, los equipos, el personal, gerenciamiento y entrenamiento. Casi no hay investigaciones específicas sobre el gerenciamiento del sistema de salud. En general, es muy bajo el uso de los locales existentes de atención para la salud lo que contribuye al pobre status de salud, e indica la necesidad de mejorar tanto el acceso como la aceptación de los servicios por parte de la población.

Es muy importante recordar que una gran proporción de la población de Bolivia continúa dependiendo de la medicina tradicional como un recurso para los cuidados de la salud. A pesar que la medicina tradicional es legal, es despreciada por la mayoría de los trabajadores del sector formal de la salud. La gente de la región andina tiene una visión específica de salud, enfermedad y muerte; la cual moldea sus creencias y el uso tanto de la medicina tradicional como del sector moderno de salud. Las autoridades gubernamentales tienen una tendencia a responsabilizar a los indígenas por estos pobres indicadores de salud, citando la cultura como una barrera para una buena salud y como causa de la baja utilización de los servicios modernos. Sin embargo, sólo en pocos casos los proveedores del sector público han intentado entender las culturas indígenas y modificar el sistema de servicios de acuerdo a esto.

Los servicios de anticoncepción están disponibles sólo recientemente en el sector público en las áreas urbanas, sin embargo, la mayoría de los residentes rurales todavía no tienen acceso ni a los servicios ni a los métodos anticonceptivos. Los métodos no están disponibles en forma gratuita en ningún lado, ni público ni privado, y el tiempo utilizado en obtener un método es frecuentemente muy largo. La oportunidad y el tiempo invertido tienen un papel importante en la decisión de la mujer a usar la planificación familiar. Las investigaciones indican que la reducción en el tiempo entre la visita inicial para un Papanicolau y la inserción de un DIU, por ejemplo, puede generar una considerable demanda del método. El costo financiero para obtener métodos anticonceptivos y cuidados maternos es un ejemplo de lo que tienen en común estos dos tipos de atención. Las mujeres que no se atienden el parto en un sistema de salud formal debido a su costo, difícilmente acceden a los mensajes sobre la anticoncepción post-parto y a los servicios de anticoncepción.

Los locales de atención deben tener una cantidad regular de métodos en buenas condiciones para cubrir las demandas de los clientes. La disponibilidad de las provisiones varía considerablemente en las áreas urbanas como fue mostrado por un reciente análisis de situación de la SNS/World Bank.

Como los servicios de anticoncepción son parte de la atención materno-infantil, no se han hecho esfuerzos para involucrar a los hombres en la salud reproductiva en el sector público.

Parece no haber calidad de atención en los servicios de anticoncepción ni en otros servicios de salud reproductiva. La mayoría de los estudios cualitativos sobre la relación proveedor-cliente sugieren que esta relación no es fluida por la falta de comprensión de los proveedores de las lenguas y culturas indígenas, porque no le dan importancia al parto y prácticas postnatales tradicionales y por el tratamiento “deshumanizado” que relega a las mujeres a un papel pasivo en relación a las decisiones sobre su propia salud. Desigualdades de raza, clase y género están entre las razones principales de la pobre calidad de atención y del poco conocimiento de los pacientes por parte de los servicios modernos de salud. Un tratamiento más humano para las mujeres con aborto incompleto y la consejería post-aborto sólo recientemente han recibido atención de las autoridades gubernamentales.

Estudios indican que los bolivianos son receptivos a usar los medios de comunicación para promover información sobre salud dando énfasis a las campañas masivas de IEC. Las actividades de educación grupal a nivel de clínica son realizadas pero no registradas en la SNS por los directores. Sin embargo, el concepto de consejería individual parece bastante nuevo en Bolivia.

Los estudios sobre perspectivas de usuarios y las investigaciones operativas sobre planificación familiar indican que el bajo uso de anticonceptivos modernos entre las mujeres bolivianas es consistente con la subutilización general de los servicios disponibles. Esto puede ser atribuido, en parte, a la falta de conocimiento y de acceso a dichos servicios. Por las mismas razones, las mujeres con frecuencia evitan el contacto con un sistema de salud formal, ya sea de planificación familiar o de obstetricia. Estas son, vergüenza y miedo de enfrentar las condiciones impersonales o inhumanas y disgusto por no ser bien tratadas. Además, la tendencia a usar soluciones tradicionales o “naturales”, tanto para el control de la fertilidad cuanto para los partos, lleva a una subutilización de los servicios modernos y de los métodos modernos. Un estudio reciente conducido por Zerai y Tsui (1995) mostró entre los cuatro países estudiados, que la magnitud del efecto positivo de acceder a los cuidados prenatales, sobre el uso subsecuente de los anticonceptivos modernos es mayor en Bolivia. Además, el uso previo de la anticoncepción moderna actúa como un determinante fuerte y positivo en el cuidado prenatal. Por tanto, los dos servicios están fuertemente entrelazados.

Estudios específicos de métodos anticonceptivos revelan que muchas mujeres que tienen acceso a los métodos modernos eligen no usarlos por miedo a los efectos colaterales y por tener vergüenza de hacer los exámenes ginecológicos necesarios para la inserción del DIU. Un estudio reciente trata de disipar el mito que los hombres constituyen una barrera considerable al uso de anticonceptivos, pero muchas mujeres todavía perciben y viven esta oposición al uso de métodos

modernos por parte de sus maridos. La popularidad de la abstinencia periódica como método de anticoncepción también puede indicar un mayor papel de las mujeres en controlar sus relaciones sexuales. Son pocas las investigaciones sobre las perspectivas de las usuarias en relación a los diferentes métodos; y las que hay están relacionadas a métodos específicos tales como los implantes Norplant® o inyectables y limitados a un grupo pequeño dentro de la población de Bolivia.

Un estudio de los aspectos logísticos de la demanda, distribución y comercialización de los anticonceptivos muestra que un número de barreras institucionales dificultan las operaciones logísticas en Bolivia. El reabastecimiento no es uniforme en el sistema de la Secretaría Nacional de Salud, y el sector público y privado parecen tener reglas totalmente diferentes en relación a la importación y a los precios.

## **PREGUNTAS SIN RESPUESTAS/AREAS POTENCIALES DE INVESTIGACION**

### **Salud Reproductiva**

- \* ¿Cuál es la prevalencia de las ETS entre las trabajadoras sexuales? ¿Cómo esto afecta el uso de los anticonceptivos?
- \* ¿Está subiendo el índice de cesáreas? En caso afirmativo, ¿está este hecho relacionado a la posición normativa ambigua sobre la esterilización femenina?
- \* ¿Cuáles son los motivos de las grandes variaciones regionales/departamentales en el uso de los métodos modernos?
- \* Colocando más énfasis en la educación, sería posible que la lactancia fuera más prolongada e intensa como para ofrecer protección anticonceptiva a las mujeres que quisieran espaciar los nacimientos?
- \* ¿Cuál es el impacto real de las campañas masivas, los cambios curriculares, la difusión de información y otros medios de comunicación sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas?

### **Políticas**

- \* ¿Hasta qué punto han sido diseminadas las políticas gubernamentales sobre salud reproductiva en los niveles locales?
- \* ¿Cuál es la importancia de las restricciones impuestas a las esterilizaciones voluntarias?

## **Infraestructura de Salud y Servicios**

- \* ¿Son adecuados los sistemas de gerenciamiento, supervisión y monitoreo en el sector público de salud? ¿Cómo podría la introducción o reintroducción de anticonceptivos afectar el sistema?
- \* ¿Son aceptados en Bolivia los servicios de salud de distribución comunitaria? ¿Abarca las diferentes culturas y regiones del país? ¿Cuál es el motivo de una relativa baja utilización de las parteras tradicionales?

## **Acceso y Disponibilidad de los Servicios de Salud Reproductiva**

- \* ¿Hasta qué punto se sigue la norma de requerir un resultado normal de Papanicolau previo a la inserción del DIU?
- \* ¿Han sido realizados esfuerzos programáticos para incluir a los hombres en las actividades de salud reproductiva del sector público? Hay servicios de vasectomía disponibles?
- \* ¿Hay servicios para adolescentes y mujeres solteras?
- \* ¿Hasta qué punto los métodos anticonceptivos están disponibles en los servicios rurales?
- \* ¿Qué intentos han sido realizados para llegar a la población no atendida en las nuevas áreas peri-urbanas?
- \* ¿Cuáles son los ejemplos de intervenciones exitosas en salud reproductiva en Bolivia y hasta qué punto son replicables?
- \* ¿Los médicos que atienden a las mujeres en el sector público les indican que vayan a sus consultorios particulares para obtener algunos métodos (por ejemplo el DIU)? (Aunque esta práctica no está documentada, se cree que ocurre con frecuencia).
- \* ¿Es posible que las mujeres no sepan que los métodos modernos están disponibles en el sector público? ¿Qué tanto saben las mujeres de como obtener anticonceptivos en Bolivia?

## **Calidad de Atención**

- \* Hasta qué punto los proveedores le dan una verdadera libertad de elección de métodos a las mujeres? ¿Colocan los proveedores más énfasis en ciertos métodos que en otros?
- \* ¿Qué tipo de interacción proveedor-cliente realmente ocurre en una consulta de planificación familiar? ¿Está incluido el concepto de consejería como parte de la asistencia en salud reproductiva?
- \* ¿Qué intentos han sido realizados para integrar las prácticas andinas tradicionales relacionadas al parto con el sector público? ¿Qué tan exitosas han sido?
- \* ¿Tienen los proveedores médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería la competencia técnica para ofrecer una amplia gama de servicios de anticoncepción? Servicios de emergencia obstétrica? Servicios preventivos?
- \* ¿Hay protocolos de seguimiento para las usuarias de planificación familiar en el post-parto? Para saber si están iniciando o continuando el uso de métodos?
- \* ¿Están disponibles los materiales de IEC en las clínicas del sector público? Son adecuados cultural y lingüísticamente para la población blanco? ¿Existen materiales de IEC para todos los métodos de planificación familiar?
- \* ¿Son todos los métodos igualmente tratados en los materiales de IEC?
- \* ¿Qué puede ser hecho para mejorar la atención de las mujeres con complicaciones post-aborto mientras el aborto continúa prohibido?

## **Perspectivas de Usuarias**

- \* ¿Qué factores socio-culturales pueden estar contribuyendo al bajo uso de la píldora en la mayor parte de Bolivia?

- \* ¿Cuál es la aceptación de las inyecciones en Bolivia y hasta qué punto un anticonceptivo inyectable sería aceptado?
  
- \* ¿Como afectan el machismo y la violencia sexual las decisiones de salud reproductiva de la mujer?

## REFERENCIAS

- Arambarú, Carlos. 1994. "Is Population Policy Necessary? Latin America and the Andean Countries." in *The New Politics of Population: Conflict and Consensus in Family Planning*. Population and Development Review Supplement Vol. 20. Edited by Jason L. Finkle and C. Alison McIntosh. New York: The Population Council.
- AVSC. 1993. AVSC Subagreement BOL-11-SV-01-P, Bolivia. Project Description.
- AVSC. 1994. AVSC Subagreement BOL-12-TR-SV-01-P, Bolivia. Project Description.
- Bailey, Patricia E, Luis Llanos Saavedra, Luis Kushner, Michael Welsh, and Barbara Janowitz. 1988. "A Hospital Study of Illegal Abortion in Bolivia." *PAHO Bulletin* 22, 1: 27-41.
- Bartos, A. 1991. *Prácticas Hospitalarias y Lactancia Materna*. Informe preparado por UNICEF. Citado en UNICEF, 1992.
- Bastien, Joseph W. *Exchange Between Andean and Western Medicine*. Fecha y fuente no conocido.
- Bastien, Joseph W. 1987. "Cross-cultural Communication Between Doctors and Peasants in Bolivia." *Social Science and Medicine* 24, 12: 1109-1118.
- Bastien, Joseph W. 1990. "Community Health Workers in Bolivia: Adapting to Traditional Roles in the Andean Community." *Social Science and Medicine* 30, 3: 281-287.
- Bastien, Joseph W. 1995. "Cross-cultural Communication of Tetanus Vaccinations in Bolivia." *Social Science and Medicine* 41, 1: 77-86.
- Belmonte, R and B. Pooley. 1984. *Encuesta de Prevalencia de Medicamentos*. Consultora Boliviana de Reproducción Humana (COBREH). La Paz, Bolivia.
- Bender, Deborah E., Tirsia Rivera and Donna Madonna. 1993. "Rural Origin as a Risk Factor for Maternal and Child Health in Periurban Bolivia." *Social Science and Medicine* 37, 11: 1345-1449.
- Boletín Acciones en Salud*. 1994. "Programa Regional de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA". Secretaría Regional de Salud Santa Cruz, Diciembre, 1994.
- Bolivia: Statement of Principles on Population and Sustainable Development. 1994. Cairo: International Conference on Development and Population (ICPD).
- Bruce, Judith. 1990. "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework." *Studies in Family Planning* 21,2 : 61-91.
- Caja Nacional de Salud (CNS). 1989. Study on institutional costs of complications from induced abortions. La Paz: CNS and SIAP (citado en Rance, 1990: citación completa no dada).
- Calle Aguirre, Moisés. 1993. *La Planificación Familiar en Contextos Específicos de Bolivia, 1989*. La Paz, Bolivia: Unidad de Políticas de Población.

- Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 1992. 1993. Resultados Finales.* La Paz: Instituto Nacional de Estadística (INE), República de Bolivia, Ministerio de Planeamiento y Coordinación.
- Centro de Comunicación y Desarrollo Andino (CENDA). 1993. *Los Jampiris de Raqaypampa.* Cochabamba: Comunidad de Raqaypampa y CENDA.
- Centro de Investigaciones Sociales (CIS). 1993. *Industrial Setting and Family Planning Promotion and Services.* Operations Research Family Planning Database Project Summaries, compiled by the Population Council, New York.
- Center for Health Research, Consultation and Education (CIAES). 1991. *Qualitative Research on Knowledge, Attitudes, and Practices Related to Women's Reproductive Health: Cochabamba, Bolivia.* MotherCare Working Paper #9. Arlington, VA. John Snow, Inc.
- Centro para Investigaciones, Asesoramiento y Educación en Salud (CIAES). 1991. *Investigación Cualitativa Sobre Conocimiento, Actitudes y Prácticas Referidas a la Salud Reproductiva de las Mujeres.* Proyecto MotherCare (USAID), Cochabamba, Bolivia.
- Chiba, Zaico. 1995. Discurso presentado al *Taller de Capacitación* patrocinado by PROMUJER. La Paz: 11-13 Julio 1995.
- Choque, María Eugenia, Sidney Ruth Schuler, and Susanna Rance. 1994. *Reasons for Unwanted Fertility and Barriers to Use of Family Planning Services Among Urban Aymara in Bolivia.* JSI Working Paper Series No. 5.
- "Close-down in Bolivia." 1978. *People* 5, 1: 43.
- Crandon, Libbet. 1983. "Grass Roots, Herbs, Promotors and Preventions: A Re-evaluation of Contemporary International Health Care Planning. The Bolivian Case." *Social Science and Medicine* 17, 17: 1281-1289.
- Daza, G. 1987. *Estudio Nutricional de Comunidades Rurales Deprimidas.* Bolivia: USAID, citado en Parras, 1995.
- De la Fuente, Martha. 1991. "The debate on family planning and reproductive rights in Bolivia." *Women's Global Network for Reproductive Rights Newsletter* 36 (July-September): 6-9.
- De la Quintana, Claudia. 1994. *Análisis del Proceso Regulatorio Para Métodos Anticonceptivos en Bolivia.* La Paz, Bolivia: The Population Council.
- De Pareja, Jacqueline R. and Jaroslava Z. De Ballon. 1994. *Concepción de Sexualidad en Cerro Verde y Valle Alto de Cochabamba.* Proyecto "Adolescencia, Educación y Sexualidad". Cochabamba: Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, Secretaria Regional de Salud-Cochabamba, Escuela Técnica de Salud Boliviano-Japonesa de Cooperación Andina, Fondo de Población de Las Naciones Unidas (FNUAP) y Cooperación Técnica Alemana (GTZ).
- Del Castillo, Eduardo, Alberto de la Gálvez Murillo, Graciela Leyton, Jorge del Castillo Asin, and Jilka Jimenez. 1993. *Conocimientos, Actitudes y Prácticas del Varón, La Mujer y La Pareja Sobre Atención Primaria y Salud Reproductiva.* La Paz: AYUFAM.

- \*Deutsche Gessellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ). 1994. *Fortalecimiento de Programas de Salud*. Republica de Bolivia.
- Dibbits, Ineke. 1994. *Lo Que Puede El Sentimiento. La Temática de la Salud a Partir de Una Experiencia de Trabajo con Mujeres en El Alto Sur*. La Paz: Tahipamu.
- Dibbits, Ineke y Magaly Terrazas. 1995. *Hablar Sobre el Aborto No Es Fácil*. La Paz: Tahipamu.
- Dirección Nacional de Salud y Nutricion de la Mujer, Secretaria Nacional de Salud. Figuras no publicada sobre el aboro reportados en *Plan Nacional Para La Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Perinatal. Bolivia 1994-1997 Resumen Ejecutivo*. 1994.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 1989, Bolivia*. 1990. La Paz: Instituto Nacional de Estadística.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 1994, Bolivia*. 1994. La Paz: Instituto Nacional de Estadística.
- García Pimentel, Franklin. 1993. *La Planificación Familiar Entre Las Mujeres Nativas y Migrantes, 1989*. La Paz: Unidad de Políticas de Población.
- Gisbert, M. and M. Quitón. 1993. "Training Impact in STD/AIDS Among Female Sex Workers in a Third World Country: Bolivia." *International Conference on AIDS* (1993 June 6-11). 9, 2: 928.
- Gisbert, M. and M. Quitón. 1994. "Andean Female Commercial Sex Workers and their Knowledge about STD/AIDS, Their Beliefs and Behaviors on Condom Use." *International Conference on AIDS* (1994 August 7-12). 10, 2: 320.
- Guzman, José Miquel, Hugo Tórrez, and Susana Schkolnik. 1990. "Cambios de La Fecundidad En Bolivia." *Análisis del ENDSA 1989*.
- Howard-Grabman, Lisa. 1993. *The 'Autodiagnosis': A Methodology to Facilitate Maternal and Neonatal Health Problem Identification and Prioritization in Women's Groups in Rural Bolivia*. Working Paper #16A. Arlington, VA: MotherCare Project.
- Hoy*. 1994. "Cada Día Se Producen 115 Abortos en Bolivia." La Paz, 10 Abril.
- Hoy*. 1989. 21 Marzo 1989.
- Illich, Ivan. 1982. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. New York: Pantheon Books.
- Instituto de Lengua y Cultura Aymara (ILCA). 1995. *Maternidad Tradicional en el Altiplano Boliviano: Las Prácticas del Parto en Algunas Comunidades Aymaras, Investigación Cuanitativa*. Informe preparado por Denise Y. Arnold y Juan de Dios Yapita M. Junio.
- IPPF/WHR Forum*. 1990. July: 14.
- IPPF. 1994. "Unmet Needs Apparent in Bolivia." 1994. *IPPF Open File*, July.
- \*Kushner Lopez, Luis; Luis Llano Saavedra y Patricia Elizabeth Bailey. 1988. *Investigación de los Aspectos Sociales y Médicos de la Pérdida del Embarazo*. Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia (SBGO) con Family Health International.

- Machicao Barberly, Ximena. 1995. *Investigación: El Aborto Una Cuestión No Sólo de Mujeres*. La Paz: Centro de Información y Desarrollo de la Mujer.
- Macias, Jennifer. 1995. Comunicación personal, 20 February.
- McCann, M.F., D.E. Bender, and R. Sejas. 1993. "Consequences of Conception During Lactation in Periurban Bolivia." Informe no publicado.
- McInerney, Mary. 1994. *Línea de Base del Proyecto de Investigación Operativa de CCH "Incrementando el Acceso a Servicios de Planificación Familiar en Las Comunidades Rurales Campesinas: Un Proyecto Piloto."* The Population Council. Primero borrador, Enero.
- McInerney, Mary and Claudia De la Quintana. 1994. *Final Report: A Comparative Study of Three Strategies to Improve the Sustainability of a Bolivian Family Planning Provider*. La Paz, Bolivia: CIES and the Population Council.
- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (MPSSP), OPS/OMS. 1989a. Bolivia: *Situación de Salud y Sus Tendencias*. Noviembre.
- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (MPSSP). 1989b. Seminario Taller de *Lucha Contra El Aborto*. Citado por Parras, 1995.
- Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (MERC). 1994. *Informe Sobre el Avance de las Mujeres en Bolivia*. La Paz: Ministerio de Desarrollo Humano.
- Montaño del Granado, Jimmy. 1995. *Aborto Clandestino en la Población Estudiantil de la Universidad Mayor de San Simón*. Cochabamba: Centro de Estudios Superiores, Universidad de San Simón.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1993. *Informe de Avance Del Plan Regional Para Reducción de la Mortalidad Materna*. Washington, DC, Junio.
- Organización Panamerica de la Salud (OPS). 1993a. *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud: Evaluación Para El Cambio: Bolivia, Haiti, República Dominicana*. Humberto de Morales Novaes, (Ed). Washington, DC.
- Organización Panamerica de la Salud (OPS). 1993b. *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Elsa Gomez Gomes (Ed). Washington, DC.
- Pan American Development Foundation. 1994. *Assessment of the Pharmaceutical Supply and Distribution Systems in Bolivia*. Informe no publicado.
- Pan American Health Organization (PAHO). 1990. *Health Conditions in the Americas Vol II*. Washington, DC.
- Pardo, Francisco and Germán Uriza. 1991. "Estudio de Morbilidad y Mortalidad por Aborto en 36 Instituciones de Bolivia, Colombia, Perú, y Venezuela." *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* Oct-Dic: 287-297.
- \*Parras, Micaela. 1994. *Calidad de Atención y Respeto a Los Derechos Reproductivos en*

- Programas de Planificación Familiar: El Caso Boliviano.* Coordinación: Women's Health Action Foundation.
- Parras, Micaela. 1995. *Fecundidad, Salud Reproductiva y Pobreza en América Latina. Volume 2-El Caso Boliviano.* UNFPA, CEBRAP, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. La Paz: Enero.
- Payne Merrit, Alice. 1992. "Family planning goes public." *Integration* Junio: 41-43.
- Peredo Alaiza, César and Ramiro Ampuero Beltrán. 1995. "Norplant: Informe de la Primera Experiencia Nacional." *Salud Boliviana* 12, 1 (Enero-Junio): 31-38.
- Pereira Fuentes, Debra and Luis Rojas Vaca. 1993. *Percepción Campesina Acerca de la Planificación Familiar: Arque y Capinota.* CCH y The Population Council.
- Pereira, René. Hugo Tórrez, Franklin García, Moisés Calle, Jaime Montaña, Ramino Caballero. 1992. *Situación de la Planificación Familiar en Bolivia. 1. Análisis Nacional.* La Paz, Bolivia: Unidad de Política de Población, Ministerio de Planeamiento y Coordinación.
- Perry, H.B. 1993. "Simon Saavedra: Pioneering Bolivian Midlevel Health Professional." *Journal of the American Academy of Physican Assistants*, Enero.
- Plan Nacional Para La Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Perinatal. Bolivia 1994-1997 Resumen Ejecutivo.* 1994. La Paz: Ministerio de Desarrollo Human, Secretaria Nacional de Salud.
- Plan Vida, Plan Nacional para la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna, Perinatal y del Menor de Cinco Años, 1994-1997* Bolivia. Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria Nacional de Salud, WHO, PAHO, UNICEF, USAID and UNFPA .
- Pooley, Bertha. 1986. "Conocimiento, Actitudes y Prácticas Anticoncepción." *Mujer, Trabajo y Reproduccion Humana.* La Paz: CONAPO. Citado en Parras, 1995.
- Population Council, The. 1994. "Community-Based Male Promoters Expand Access to Family Planning Services and Information in El Alto and La Paz." *Research News, Bolivia*, No. 13. Con PROSALUD. Junio, 1994.
- "Programming for the Health of Women and Newborns." 1994. *Mothercare Matters* 4 , 2: 10-2.
- PROSALUD. 1995a. "Cost Recovery and Sustainability. Are the Poor Well Served? With the PROSALUD Model-Definitely Yes!" Fax recibido 3 April 1995.
- PROSALUD. 1995b. "Lista de Precios Salud Reproductiva. Vigencia a Partir del 4 de Agosto de 1992." Fax recibido 3 Abril 1995.
- Prudencio, Ivan. 1995. Speech presented at the Taller de Capacitación patrocinado por PROMUJER. La Paz: 11-13 Julio 1995.
- Public Health News* 18 May 1994, Johns Hopkins School of Public Health, Baltimore Maryland.
- Rance, Susanna. 1990. *Planificación Familiar: Se Abre El Debate.* La Paz: Consejo Nacional De Población.

- Rance, Susanna. 1993. *Necesidades de Información Sobre El Aborto: Reflexiones a Partir de Un Estudio Hospitalario*. Preparado por un Taller Sobre el Aborto patrocinado por UMSA, IPAS y la Facultad de Medicina. La Paz: 28-30 Julio.
- Rance, Susanna. 1994a. "Post-abortion Services in Bolivia." *Women's Global Network for Reproductive Rights Newsletter* 45, January-March: 19-20.
- Rance, Susanna. 1994b. *Control and Resistance: Empowering Strategies in the Reproductive Lives of La Paz Market Women*. Arlington, VA: JSI Research and Training Institute.
- Rance, Susanna. 1995. Comunicación personal. 18 Julio.
- Rance, Susanna y Franklin García. 1990. *El Aborto Inducido: Propuesta Para Una Investigación Comparativa*. La Paz: CONAPO
- Republic of Bolivia. 1994. *Statement of Principals on Population and Sustainable Development*. 1994.
- Romero Berríos, Nancy. 1993. *Derechos Reproductivos*. La Paz: Fondo de Población de las Naciones Unidas, Enero.
- Roosta, M. 1989. "Mujer Urbana: Realidad y Deseos Respecto al Comportamiento Reproductivo." La Paz: SIAP. Citado en Parras, 1995.
- Ross, John A., W. Parker Mauldin, and Vincent C. Miller. 1993. *Family Planning and Population: A Compendium of International Statistics*. New York: The Population Council.
- Salazar, Carlos. 1993. *Estudio de Mercado, Costos y Necesidades para Médicos en las Ciudades de El Alto y La Paz*. La Paz: Centro de Investigación, Educación y Servicios.
- Saldías, E. and E. Del Castillo. 1981. *Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Concepción y Anticoncepción en la Ciudad de La Paz*. La Paz. Citado en Parras, 1995.
- Sánchez, Juan de Dios. Discurso presentado al Taller de Capacitación patrocinado por PROMUJER. La Paz: 11-13 July 1995.
- Schuler, Sidney Ruth; María Eugenia Choque, and Susanna Rance. 1994. "Misinformation, Mistrust, and Mistreatment: Family planning Among Bolivian Market Women." *Studies in Family Planning* 25, 4: 211-221.
- Secretaría Nacional de Salud y Asistencia Social (SNS) y Proyecto Integrado de Servicios de Salud (PROISS). 1995. *Diagnóstico de Los Servicios de Salud en Obstetricia de Las Secretarías Regionales de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, El Alto*. La Paz, Bolivia: Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Salud, Proyecto Integrado de Servicios de Salud (PROISS) y Banco Mundial.
- Secretaría Nacional de Salud (SNS) Programa Integrado de Servicios Básicos de Salud y Fortalecimiento Institucional del Sector con BID. 1995a. *Red de Servicios Distritos Rurales Ambito del Programa. Analisis Comparativo de la Producción y Productividad 1992-1993-1994*.
- Secretaría Nacional de Salud (SNS) Programa Integrado de Servicios Básicos de Salud y

- Fortalecimiento Institucional del Sector con BID. 1995b. *Análisis Comparativo de la Situación de Salud en los Distritos Rurales*. Serie de Publicaciones Técnicas PSF No. 3. La Paz.
- Secretaría Nacional de Salud (SNS) Programa Integrado de Servicios Básicos de Salud y Fortalecimiento Institucional del Sector con BID. 1995c. *Programa de Apoyo al Proceso Gerencial en los Distritos de Salud del P.S. F.* Serie de Publicaciones Técnicas PSF No. 6. La Paz.
- Seoane, Guillermo and Marcelo Castrillo. 1995. *Análisis Situacional de Cinco Distritos de Salud de La Paz y Cochabamba. Proyecto MotherCare-II*. Informe borrador, Marzo.
- Singh, Susheela and Diego Berrio. 1989. "Institutional Constraints on the Provision of Family Planning Services in Latin America." Preparado por un taller de the International Union for the Scientific Study of Population "The Role of Family Planning Programs as a Fertility Determinant". Tunis, 26-29 Junio 1989.
- Skibiak, John. 1993. "Male Barriers to the Use of of Reproductive Health Services: Myth or Reality?" Paper presented at the 121st Annual Meeting of the American Public Health Association, San Francisco, 27 October.
- Skibiak, John P., Mary McInerney, and Carlos Nava G. 1993a. "Increasing Access to Family Planning Services in Rural Campesino Communities: A Pilot Project." Con CCH (Community and Child Health). La Paz: The Population Council.
- Skibiak, John P., Mary Vandenbroucke, and Ruben Gárnica. 1993b. "Overcoming Barriers to Rural Family Planning Service Delivery in the Public Sector." Tarija, Bolivia: CARE International con the Population Council.
- Skibiak, John P. 1994. *Estudio de Línea de Base y de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) del Proyecto Piloto en Salud Reproductiva de CARE y del Programa INOPAL II del Population Council*. La Paz: The Population Council.
- Skibiak, John P.; Mary McInerney, and Carlos Nava G. 1994. *Final Report: Increasing Access to Family Planning Services in Rural Campesino Communities: A Pilot Project*. CCH (Community and Child Health) and the Population Council.
- Skibiak, John. 1995. Comunicación Personal. Marzo.
- Sommerfelt, A. Elisabeth, J. Ties Boerma, Luis H. Ochoa, and Shea O. Rutstein. 1991. *Maternal and Child Health in Bolivia: Report on the In-depth DHS Survey in Bolivia, 1989*. Columbia MD: Institute for Resource Development/Macro Systems Inc.
- Spicehandler, Joanne and Ruth Simmons. 1994. *Contraceptive Introduction Reconsidered: A Review and Conceptual Framework*. Geneva: World Health Organization.
- Taborga, Celia; Bertha Pooley, y Luisa Rada. 1988. "El Aborto en Bolivia". Documento de Discusión No. 2. La Paz: Centro de Investigación, Educación y Servicios.
- Tam, Luis. 1994. "Rural-to-urban migration in Bolivia and Peru: Association with Child Mortality, Breastfeeding Cessation, Maternal Care, and Contraception." *DHS Working Papers* No. 8. Calverton, MD: Macro International Inc.

- Torres, Zenon. 1995. "Situación actual de la salud reproductiva en la Ciudad de El Alto." Discurso presentado al Taller de Capacitación patrocinado por PROMUJER. La Paz: 11-13 Julio 1995.
- UNFPA. 1988. *Inventory of Population Projects in Developing Countries Around the World 1986/87*. New York: United Nations Fund for Population Activities.
- UNFPA. 1990. *Programme Review and Strategy Development Report. Bolivia*. New York: United Nations Population Fund.
- UNICEF. 1991. *State of the World's Children Report*. Oxford: Oxford University Press for UNICEF.
- UNICEF. 1992. *Analysis of the Situation of Children and Women in Bolivia*. UNICEF La Paz.
- University Research Corporation (URC). 1992. *Quality, Costs, and Cost Recovery: A Comparative Study of the Unidad Sanitaria of the Ministry of Health (MOH) and PROSALUD in Santa Cruz, Bolivia*. Informe Final, Septiembre.
- USAID. 1978. *Evaluación Integral del Sector de Salud en Bolivia*. La Paz.: Citado en USAID, 1988.
- USAID. 1988. *Evaluación Integral del Sector de Salud en Bolivia*. La Paz:
- USAID. 1990. *Bolivia Project Paper, Reproductive Health Services*. AID/LAC/P-540. Washington, DC: USAID.
- USAID Bolivia. 1994. Summary of a report of "Proyecto de Colaboración en Prevención y Control de ETS/SIDA." La Paz: USAID. Fax recibido 2 Abril 1995.
- Vega, J; W. Levine, M. Estenssoro, R. Revollo, J. Lewis, and J. Kuritsky. 1993. "High STD Prevalence Among Commercial Sex Workers in La Paz, Bolivia." *International Conference on AIDS* (1993 June 6-11). 9 (2): 687.
- Vidal-Zeballas, David. 1994. "Social Strata and its Influence on the Determinants of Reproductive Behaviour in Bolivia." *DHS Working Papers* No. 12. Calverton, Maryland: Macro International Inc.
- Viscarra, Oscar. 1995. Comunicación Personal. 12 July 1995.
- World Bank. 1989. *Bolivia County Assessment of Women's Role in Development Proposed Bank Approach and Plan of Action (Draft)*. Washington, DC: The World Bank.
- World Bank. 1992. *Bolivia Public Sector Investment Program Review*. Washington, D.C.: The World Bank.
- World Bank. 1994. *World Development Report, 1994*. Washington, DC: The World Bank.
- World Population Prospects*. 1990. New York: United Nations.
- Zerai, Assata and Amy Ong Tsui. 1995. "The relationship between prenatal care and subsequent modern contraceptive use in Bolivia, Botswana, Egypt, and Thailand." Paper prepared for presentation at the 1995 Annual Meeting of the Population Association of America, April 6-8, San Francisco.

# APENDICES

## APENDICE I

<b>Indicadores básicos de población en países sudamericanos</b>				
<b>País</b>	<b>Densidad</b>	<b>% Crecimiento</b>	<b>Mort. inf.</b>	<b>TTF*</b>
<b>Bolivia</b>	<b>5,8</b>	<b>2,11</b>	<b>75,0</b>	<b>5,0</b>
Argentina	11,8	1,20	28,8	2,8
Brasil	17,8	1,16	56,5	2,8
Chile	17,6	1,60	16,9	2,7
Colombia	30,6	1,70	37,0	2,7
Ecuador	38,9	2,30	57,4	3,6
Guayana	1,0	0,80	48,0	2,4
Paraguay	10,8	2,70	47,0	4,4
Perú	17,4	2,00	75,8	3,6
Surinam	2,0	1,80	20,0	2,6
Uruguay	18,0	0,60	20,0	2,3
Venezuela	22,4	2,10	33,7	3,1

\* Tasa Total de Fertilidad

## APENDICE II

Variaciones Regionales en Bolivia							
Depto	Area	Capital	Provincias	Población	% urbano	Densidad	% pobreza
TOTAL	1,098,581	La Paz/Sucre	111	6,420,792	58	5,84	
La Paz	133, 985	La Paz	19	1,900,786	63	14,59	~70
Oruro	53, 588	Oruro	16	340,114	65	6,35	~70
Potosí	118, 218	Potosí	16	645,889	34	5,46	80
Chuquisaca	51,524	Sucre	10	453,756	33	8,81	77
Cochabamba	55, 631	Cochabamba	16	1,110,205	52	19,96	~70
Tarija	37, 623	Tarija	6	291,407	55	7,75	~70
Santa Cruz	370, 621	Santa Cruz de la Sierra	15	1,364,389	72	3,68	58
Beni	213,564	Trinidad	8	276,174	66	1,29	77
Pando	63,827	Cobija	5	21,090	26	0,60	81

Fuentes: 1992 Censo Nacional de Población y Vivienda y Rance, 1990.

### APENDICE III

Niveles de Gestión y de Servicios de la SNS			
Nivel de Gestión	Nivel de Atención	Tipos de Establecimientos	Funciones
Distrito de Salud	Primer Nivel	Puesto de Salud Consultorio de Area Centro de Salud de Area	Atención primaria de salud Baja complejidad
	Segundo Nivel	Hospital de Distrito	Cuidados primarios y secundarios Especialidades básicas Cuidados generales Complejidad mediana
Secretaría Regional de Salud	Tercer nivel	Hospital Reginal Maternidades Hospitales Pediátricos	Servicios especializados Complejidad medianā y alta
Secretaría Nacional de Salud	Cuarto Nivel	Institutos de Investigación	Investigación

Fuente: Plan Vida, 1994

Locales de entrega de servicios del Sector Público, 1989									
Unidad Sanitaria	Nivel III Hospitales (Regional)	Nivel II (Distrito) Centros de Salud	Nivel I Centros de Salud		Unidad Sanitaria	Nivel III Hospitales (Regional)	Nivel II (Distrito) Centros de Salud	Nivel I Centros de Salud	
			PM	PAS				PAM	PAS
Cochabamba	4	27	28	69	Pando	1	--	4	20
Tarija	1	4	16	38	Potosí	1	7	23	110
Tupiza (Beni)	1	3	4	51	Oruro	1	11	16	57
Riberalta	1	4	7	27	Chuquisaca	6	12	23	81
Beni	2	9	12	43	La Paz	6	27	89	139
Santa Cruz	6	23	34	191	<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>120</b>	<b>250</b>	<b>830</b>

Fuente: MPSSP, 1989a PM: Puesto Médico PS: Puesto Sanitario

## APENDICE IV

Información reciente de un análisis de los Servicios Obstétricos realizado en 4 áreas urbanas indica que la ciudad de La Paz tiene 84 centros de cuidados primarios, 9 de los cuales ofrecen servicios obstétricos. La tabla a seguir indica para cada categoría los porcentajes de locales de atención analizados utilizando indicadores de calidad de atención definidos por la Secretaría Nacional de Salud, excepto cuando así se lo indica.

<b>Análisis de los Servicios Obstétricos</b>				
<b>LOCALIDAD</b>	<b>La Paz</b>	<b>El Alto</b>	<b>Cochabamba</b>	<b>Santa Cruz</b>
Indicador de calidad de atención				
<b>CUIDADOS DE PRENATAL Y DE PARTO</b>				
Historia prenatal llenada correctamente (%)	10	8	79	55
Permiten que los miembros de la familia acompañen a la mujer en la sala de partos	11	1 local	ninguno	5
Uso rutinario de analgésicos o sedantes (%)	33	58	50	45
Uso rutinario de Ocitocina (%)	algunos	50	50	32
Permiten que las mujeres elijan la posición del parto	la mayoría	la mayoría	ninguno	ninguno
Mesas de parto confortables (%)	22	16	21	64
Equipos para reanimación de recién nacidos (%)	0	8	14	14
Referencia para partos de alto riesgo	ninguno	ninguno	ninguno	ninguno
12 o menos horas de atención diarias (%)	91	75	50	32
<b>EDUCACION Y PROMOCION</b>				
Sesiones educativas en la maternidad (%)	56	67	56	77
Dicen que realizan consejería y educación comunitaria pero no hay registro de dicha actividad	la mayoría	la mayoría	todos	la mayoría
Promoción activa de cuidados prenatales (%)	33	83	93	59
<b>PERSONAL</b>				
Amable y colaborativo durante el parto (%)	algunos	33	64	63
Personal entrenado en parto (%)	89	83	100	95
Enfermeras/ Parteras disponibles (%)	67	83	43	18
Balance adecuado entre las horas de médicos y enfermeras*	44	25	14	27

\*Indica por lo menos dos horas de enfermería por cada hora médica.

La falta de batas, mascarillas, gorros y sábanas también fue considerado un problema serio pero no fue cuantificado en todas la áreas.