

POLICY BRIEF

Servicios de salud sexual reproductiva en Bolivia





Lorena María Tapia Chávez: Licenciada en Antropología de Universidad Mayor de San Andrés. Diplomado en Antropología de la Salud Intercultural. En el ámbito profesional, ha desarrollado investigaciones cualitativas (embarazo en adolescentes, violencia, suicidio, matrimonios forzados en niñas, género, derechos sexuales y derechos reproductivos de jóvenes y adolescentes, gestión cultural, minería y comunicación), experiencia en investigaciones y sistematización, a nivel nacional y comunidades de diferentes departamentos, experiencia de trabajo con diferentes organismos no gubernamentales y agencias de cooperación internacional. Participó en evaluaciones de proyectos de salud y fortalecimiento de las mujeres en políticas de economía solidaria. Participó en diagnósticos situacionales del enfoque de género.

SOBRE EL OBSERVATORIO DE POBLACIÓN Y DESARROLLO: El Observatorio de Población y Desarrollo (OPD) ha sido creado con el apoyo del Fondo de Población y Desarrollo (UNFPA) con el objetivo de generar información sistemática y de calidad sobre los diferentes componentes y dimensiones de población y desarrollo y su vinculación con la realidad económica, social y ambiental en Bolivia, en el marco del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Conforman el OPD el Instituto de Investigaciones Sociológicas “Mauricio Lefebvre” (IDIS) de la carrera de Sociología de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA), el Observatorio de Políticas Públicas y Sociales (OPPS) del Instituto de Investigación, Interacción Social y Posgrado (IIISP) de la carrera de Trabajo Social (TS) de la UMSA, y el Centro de Estudios de Población (CEP) de la Universidad Mayor de San Simón (UMSS).

En ese marco, se publicará una serie de Policy Briefs para el seguimiento a los compromisos de la Cumbre de Nairobi (2019) que se planteó alcanzar tres resultados transformadores –cero muertes maternas, cero necesidades insatisfechas de planificación familiar y cero violencia de género y prácticas nocivas– antes de concluir la próxima década. Coadyuva así al cumplimiento del Consenso de Montevideo y del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD).

El presente policy brief, Servicios de salud sexual reproductiva en Bolivia, se enmarca dentro de este proyecto. Mortalidad materna en Bolivia

Servicios de salud sexual reproductiva en Bolivia

Elaboración de contenidos: Lorena Tapia

© Observatorio de Población y Desarrollo

Martha Lanza: Coordinación general

Ms. Cs. Raúl España Cuellar: Instituto de Investigaciones Sociológicas “Mauricio Lefebvre” (IDIS), carrera de Sociología, Universidad Mayor de San Andrés (UMSA)

Lic. Jimena Freitas Ocampo: Observatorio de Políticas Públicas y Sociales (OPPS), Instituto de Investigación, Interacción Social y Posgrado (IIISP) carrera de Trabajo Social (TS), UMSA

Ms. Cs. Miriam Camacho Villarreal, Directora del Centro de Estudios de Población (CEP), Universidad Mayor de San Simón (UMSS)

Teléfono: (591-2) 2798666

Email: opd.umsa@gmail.com

Coordinación editorial: IDIS UMSA

Edición, diseño e impresión: Grupo Impresor SRL

La Paz, octubre de 2022

Impreso en Bolivia

Servicios de salud sexual reproductiva en Bolivia

ABSTRACT

El presente artículo trata de describir y analizar la situación actual de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como de presentar un bosquejo de la historia reciente de las políticas, medidas y normas que las sostienen, que aún se enfrentan a resistencias culturales e institucionales, especialmente en los bordes de la mortalidad materna, incluyendo el aborto inseguro. Debido a la pandemia por el covid-19, es imposible sustraerse de la consideración de los efectos que la emergencia tuvo sobre el pausado incremento de coberturas en prácticamente todos los servicios, incluido el de la salud sexual y reproductiva.

ANTECEDENTES

Por consenso internacional, hay una gama de servicios ofrecidos a la población para los cuidados de su salud sexual y reproductiva, que han ido consolidándose de forma variable en los servicios de salud –sean estos públicos o privados– de los países. Básicamente, se trata de las siguientes intervenciones o servicios de salud sexual y reproductiva (SSR):

- Orientación y servicios de anticoncepción con acceso a una gama mínima de métodos anticonceptivos modernos.
- Atención prenatal, parto y postparto, incluyendo emergencias obstétricas y cuidados neonatales.
- Interrupción legal del embarazo y atención de las complicaciones del aborto.
- Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

- Prevención, detección, atención inmediata y referencia/contra referencia oportuna de casos de violencia sexual y de género.
- Prevención, detección y atención del cáncer reproductivo, en especial del cáncer cérvico uterino.
- Información, orientación y servicios de atención a la sub o infertilidad.
- Información, orientación y servicios de salud sexual y bienestar.

Cada uno de los servicios mencionados, a los que se debe sumar la educación integral de la sexualidad –que corresponde al ámbito educativo–, son parte de una historia de progresos y, a veces, retrocesos, en términos de disponibilidad, calidad y accesibilidad, debido a oportunidades y limitaciones que se han ido presentando en las últimas décadas. En países de menor desarrollo, como Bolivia, la tecnología que se emplea,

así como la siempre difícil gestión y administración de recursos, tienen un considerable retraso respecto a los avances registrados en otros países con mayores recursos.

Sin embargo, lo que distingue a los desafíos y dificultades de los servicios de salud sexual y reproductiva es que se encuentran tensionados por factores no necesariamente médicos, debido a la sensibilidad sociocultural con la cual la sociedad y el Estado abordan las cuestiones relativas al comportamiento sexual y reproductivo de la población. La simple idea de llevar una vida sexual, libre y placentera sigue estrellándose contra un muro de prejuicios, mitos, rumores, valores, juicios y sanciones, capaz de impedir el uso de tecnologías sanitarias altamente efectivas, disponibles, económicas y accesibles para conservar y mejorar la salud sexual de las personas. No debe haber otro tema de la salud pública que provoque las más oscuras resistencias de propios y extraños. Por supuesto, hay grupos más extremos que otros, regiones con actitudes colectivas diferentes y, también, religiones más conservadoras que otras.

De todos modos, algunos de los componentes de los servicios de salud sexual y reproductiva casi van de la mano con la demanda de la población, mientras que, en otros, su distanciamiento es profundo y persistente. La atención prenatal y del parto tiene una larga evolución en coberturas de servicios medianamente calificados, sin mayores dificultades, aunque mucho más lenta de lo óptimo. En cambio, han pasado décadas desde que se tiene precisada una gama moderna y accesible de métodos modernos para satisfacer las necesidades anticonceptivas; pero la utilización de

métodos modernos sigue siendo limitada, muchas veces por los clásicos problemas de disponibilidad que se presentan en los centros de salud.

Reconstruir parte de la historia reciente de la salud sexual y reproductiva es el propósito del presente trabajo; pero, como en todo, y más por tratarse de aspectos sensibles culturalmente, el dato que sustenta el análisis solo puede ser parcial, tanto en la revisión de la parte situacional como de las normas y procedimientos adoptados: primero, porque son informaciones que no reflejan la calidad de los servicios ni distinguen las diferencias en el esfuerzo de practicarlos. Un control prenatal que se extiende por 45 minutos y en el que se cumplen todas las directrices puede parecer lo mismo que otro control de 15 minutos en el que no se sigan protocolos. Un parto atendido en una lejana comunidad indígena puede parecer lo mismo que un parto atendido en un hospital de tercer nivel. Por otra parte, las normas se encuentran en los estantes, pero no se sabe si son utilizadas apropiadamente. En este marco, se tratará de observar y examinar la información disponible sobre las coberturas y orientaciones adoptadas para incrementarlas, en los formatos del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) y las Encuestas de Demografía y Salud, en planes y programas del Ministerio de Salud, así como en la revisión de otros documentos.

SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las intervenciones o servicios brindados en salud sexual y reproductiva, de acuerdo con los datos de UDAPE-Indicadores

Cuadro 1. Número total servicios de anticoncepción, prevención de ITS y de cáncer de cuello uterino*

Departamentos	Gestión 2019	Gestión 2020	Gestión 2021
Beni	253.151	198.543	256.281
Chuquisaca	554.373	312.114	306.449
Cochabamba	552.155	394.666	469.392
La Paz	976.004	567.663	571.434
Oruro	264.320	147.370	179.591
Pando	55.162	38.792	54.397
Potosí	257.208	218.030	283.118
Santa Cruz	652.936	398.091	506.708
Tarija	188.850	130.820	146.718
Total	3.754.159	2.406.089	2.774.088

Fuente: Elaboración propia basada en la información del SNIS-VE.

(*) Es la suma de las prestaciones en SSR (exceptuando la atención a la maternidad) otorgadas por el sistema nacional de salud, independientemente de su naturaleza. Incluye desde estudios patológicos, entrega de anticonceptivos, sesiones de orientación, tratamientos, etc.

de Salud (1996-2019)¹, respecto a las coberturas y calidad en la provisión de servicios son las siguientes: 25,1 el año 2016, 22,6 el año 2017, 22,5 el año 2018, 20,9 el año 2019. Las relacionadas con la atención prenatal, parto y postparto alcanzaron a 85,2 el año 2016, a 85,5 el año 2017, a 83,1 el año 2018, a 80,6 el año 2019. Respecto a la atención de partos institucionales y la cobertura de atención prenatal adecuada, se tienen los siguientes datos: 76,2 el año 2016, 71,5 para el año 2017, 70,0 el año 2018 y 65,3 para el año 2019; éstas han disminuido dramáticamente durante el año 2020, por efecto de la emergencia sanitaria del covid-19 y sus consecuencias hospitalarias conocidas (colapso de hospitales, cierre de centros de salud, reasignación de recursos humanos y materiales, etc.).

1 A partir de la gestión 2006, la fuente de información es el Sistema Nacional de Información de Salud (SNIS); a partir del 2012, el denominador fue actualizado con la proyección de población del 3. Instituto Nacional de Estadística (INE).

En el año 2021, hubo un relativo incremento del número de prestaciones otorgadas a las usuarias y usuarios; es probable que el 2022 se acerquen al número registrado el 2019, lo que ya casi sucedió en Beni y Pando (datos que se presentan en el cuadro 1), al contrario de la brusca caída en dos de los departamentos más poblados del país, La Paz y Cochabamba (SNIS-VE, 2021). Correspondería llegar a cuatro millones de prestaciones otorgadas por el sistema nacional de salud para afirmar que se ha restablecido el funcionamiento regular de los servicios de salud sexual y reproductiva en el país, lo que está todavía muy lejos de alcanzarse.

Se puede afirmar que la reactivación de los servicios de salud sexual y reproductiva, luego de la etapa dura de la pandemia (marzo-agosto 2020), cuando no se tenía la oportunidad de las vacunas y no se contaba con lo mínimo de equipamiento,

medicamentos, conocimientos y recursos humanos adecuados para el control de la enfermedad, ha sido encarada de mejor manera por algunos departamentos que otros. Llama la atención que algunos de los departamentos que cuentan con mayor capacidad instalada en establecimientos de salud (Santa Cruz, La Paz y Cochabamba) sean precisamente los que han restringido en mayor proporción los SSR en la gestión 2020 y los que se han ido reactivando con menor prisa. Esto se explica por varios factores coincidentes. En estos departamentos, más que en otros, se vivieron momentos políticos e institucionales críticos que derivaron en la destitución de directores del Servicio Departamental de Salud (SEDES) y de los principales hospitales, en manifestaciones del personal de salud, en bloqueos de suministros, colapsos de terapia intensiva y desconcierto generalizado.

En cada uno de los componentes o intervenciones de la salud sexual y reproductiva se tienen diversas opciones de diferente consistencia conforme avanzan los cambios técnicos y tecnológicos que se implementan. Es así que, con los datos disponibles en la última Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) y del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS-VE), se han seleccionado algunos indicadores de producción que pueden ilustrar la situación más reciente.

Anticoncepción

En anticoncepción, la última EDSA destacaba un panorama en el que “Santa Cruz y Tarija fueron los departamentos con mayor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (MAC) modernos por parte de todas las mujeres (incluyen las unidas, las que manifestaron ser no unidas, las sexual-

mente activas); mientras tanto, Oruro y La Paz mostraron los menores porcentajes de uso... Por otra parte, las mujeres de Potosí y La Paz presentaron los porcentajes más elevados de uso de MAC tradicionales; aunque, como se mencionó antes, el uso de estos métodos tiende a decrecer” (INE, 2017: 27). En este acápite, como en otros, se muestra que las poblaciones occidentales son siempre más conservadoras que las orientales o vallunas.

Estos datos de mediano plazo contrastan con lo que muestran los informes rutinarios anualizados del SNIS-VE, especialmente útiles a la hora de analizar el impacto de la pandemia en los servicios de salud sexual y reproductiva. Las consultas para recibir orientación sobre anticoncepción bajaron casi un 35%, de 612.551 el año 2019 a 399.742 el año 2020, con un leve repunte el año 2021, con 406.078. En 2020, las consultas fueron restringidas, tanto por la no disponibilidad de los servicios como por el temor a contagiarse con el coronavirus o la falta de transporte de las personas.

Durante el 2019, se insertaron, en los centros de salud, 12.618 dispositivos intrauterinos (DIU) a mujeres de todas las edades, incluyendo a 18 adolescentes menores de 15 años y a 87 mujeres de 50 años y más. El DIU brinda una protección duradera y se esperaba que fuera el más utilizado durante la pandemia, por esa cualidad; sin embargo, se presentó una disminución de 40% en la cantidad de DIU insertados el 2020, con un descenso a solo 7.929 para ese año; el 2021 se alcanzó una cifra de 12.025, similar a la de 2019, de 12.618. El déficit de personal de salud disponible y también el hecho de que las propias usuarias optaron por posponer el uso del dispositivo contribuyó a ese resul-



tado, aumentando notablemente el riesgo de embarazos no intencionados.

En cambio, las usuarias nuevas de la píldora anticonceptiva no mostraron una disminución tan grande entre el 2019 y el 2020. La disminución fue de un 19%, pasando de 28.087 a 22.497, probablemente debido a insumos acumulados con anterioridad que todavía se encontraban disponibles. El año 2021, el número de usuarias se incrementó nuevamente, acercándose al registrado el 2019, con 26.676 usuarias nuevas. Esto podría sugerir que en el uso de métodos anticonceptivos prima la valoración de la complejidad técnica; es decir, algunos métodos requieren una atención más priorizada, como es el caso del DIU, ya que las mujeres deben ser atendidas por un especialista. Del implante subdérmico, cuya demanda es creciente por la ventaja que supone la duración de la protección –de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es de tres a siete

años–, no se puede decir mucho, porque no está disponible en la mayor parte de los establecimientos de salud, por razones administrativas y de logística. En cambio, tiene mayor historia el anticonceptivo inyectable y continúa entre las opciones preferidas por su relativa durabilidad. El uso de inyectables para usuarias continuas para el año 2019 fue de 175.154, 138.443 el año 2020 y 141.612 para el año 2021. Los condones masculino y femenino son icónicos en el imaginario colectivo. Es la forma más tradicional de evitar embarazos no intencionados, es fácilmente manejable y de bajo costo. Su uso ha sido ampliamente publicitado y son distribuidos gratuitamente en las fiestas de Carnaval, en universidades y centros recreacionales. Tiene la ventaja, sobre las demás opciones, de servir como una protección frente a las enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, su empleo es siempre limitado, por la suposición masculina de la disminución del placer sexual.

Lamentablemente, no es fácil que la variada gama de métodos anticonceptivos modernos² esté disponible en el lugar y en el momento que se requiere, de modo que es frecuente que la población usuaria se encuentre en el dilema de aceptar un método que no es de su agrado o erogar dinero para acceder de forma privada.

Respecto a las píldoras anticonceptivas de emergencia, comúnmente denominadas píldoras del día después de realizado el acto sexual, para evitar el embarazo, su distribución en mujeres menores de 15 años adolescentes fue de 111 el año 2019, de 98 el 2020 y de 82 el 2021. Entre las mujeres de 15 a 50 años, la cifra bajó de 4.762 el 2019 a 4.597 el 2020, y bajó levemente el 2021, en el que solamente les fueron entregadas las pastillas a 4.150 mujeres. Son cifras muy pequeñas y a la baja, lo que contrasta con el número de embarazos que son registrados en niñas y adolescentes anualmente y que acceden a controles prenatales en los centros de salud. El efecto de la crisis no ha sido muy pronunciado.

Control prenatal, parto y control posnatal

El SNIS-VE informa que, respecto a la cobertura de mujeres a nivel nacional con atención de la cuarta consulta prenatal, el año 2019 se atendió a 163.442 mujeres, el año 2020 a 121.721, y a 144.068 el año 2021. La evidencia muestra que el acceso a aten-

2 "Para la EDSA 2016, y la mayoría de las encuestas poblacionales, los métodos anticonceptivos modernos incluyen: esterilización femenina, esterilización masculina, píldora anticonceptiva, Dispositivo Intrauterino (DIU), inyecciones anticonceptivas, implantes subdérmicos anticonceptivos, condón masculino y femenino, diafragma, espuma o jalea, método amenorrea por lactancia (MELA) y anticoncepción de emergencia. Los métodos tradicionales son el método del ritmo o abstinencia periódica o de moco cervical (conocido como método Billings), retiro o coitus interruptus, además de cualquier método tradicional de la región" (EDSA, 2017: 23).

ción médica durante el embarazo varía por diversos factores, incluida la pobreza. Si bien con datos del SNIS-VE no es posible hacer este análisis, la EDSA muestra que "el grado de pobreza del municipio define una brecha en el porcentaje de control prenatal realizado por personal calificado, los municipios con pobreza alta tienen menor cobertura, el porcentaje de médicos que realizaron la atención prenatal en estos municipios es claramente menor y el de enfermeras y auxiliares de enfermería, mayor" (EDSA, 2017: 40).

En relación con la atención de partos, los centros con capacidad de internación (centros de salud de primer nivel maternos de 24 horas de atención, hospitales de segundo y tercer nivel) atendieron 188.473 partos el año 2019, 168.621 el año 2020 y 163.750 el año 2021. El descenso continuado del número de partos atendidos se debió, en parte, a la búsqueda de otras opciones más seguras durante la pandemia. No se sabe a ciencia cierta cuánto de este fenómeno responde a la cada vez menor cantidad de embarazos de mujeres en edad fértil, que es una tendencia a largo plazo en la región³, incluso durante la época de la pandemia, que hacía predecir un incremento de embarazos por la cuarentena y las restricciones de los servicios de salud sexual y reproductiva. En el caso de los partos vaginales, bajaron de 106.010 el año 2019 a 96.998 el año 2020 y a 89.230 el año 2021.

Al haberse establecido la prioridad de atención de emergencias en los hospita-

3"Para la región de Latinoamérica y El Caribe, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) promedio, estimada para el período 2015-2020, es de dos hijos por mujer en edad reproductiva, mientras que en el África Occidental y Central alcanza a los 5,2 hijos" (UNFPA, 2016, citado en EDSA, 2017: 30).

les de segundo y tercer nivel de atención, el año 2020, el recurso de la cesárea en la atención del parto siguió siendo empleado, aunque tuvo una relativa disminución en su aplicación, bajando de 82.463 el 2019 a 71.624 el 2020. El año 2021 se registró un leve ascenso del número de cesáreas realizadas, que llegó a 74.520, todavía por debajo del 2019. Es posible que la disminución en la elección de una cesárea en las mujeres se deba a que no es la mejor intervención indicada, aunque en la última década mostraban un alarmante crecimiento (cesáreas innecesarias). “El porcentaje total de partos por cesárea se ha incrementado de manera llamativa. En el departamento de Santa Cruz, más del 50% de los partos ocurrieron mediante operación cesárea y en Tarija algo más de 40%. Como referencia, la OMS estima que, a nivel poblacional, 15% es un porcentaje razonable de nacimientos producidos mediante operación cesárea” (EDSA, 2017: 49). El parto por cesárea es recomendado solo para casos de emergencia obstétrica que pueden resolverse retirando al feto del cuerpo de la mujer. A los peligros advertidos en una operación de cirugía mayor, se suman los mayores riesgos de complicaciones de los recién nacidos por cesárea, como las dificultades respiratorias, ya que tienen 2,5 veces más probabilidades de morir en los primeros días de vida. El riesgo de inserción anormal de la placenta aumenta en la segunda cesárea y más aún en la tercera, lo cual deriva frecuentemente en hemorragias que pueden causar la muerte de la madre.

Por otra parte, son muy pocos los partos atendidos por parteras en los centros de salud; solo siete casos se reportaron el año 2019 y ocho el año 2020. Lo interesante es

que durante el 2021, este número se elevó a 190, posiblemente por los déficits de personal de muchos centros de salud, incluso cuando la gravedad de la pandemia fue disminuyendo en intensidad.

Ante el colapso de hospitales y el ausentismo del personal en muchos centros de salud con capacidad de atención de partos, muchas mujeres recurrieron a las parteras empíricas de sus comunidades y vecindarios para que las asistan durante el parto en el domicilio de las mujeres, disminuyendo las posibilidades de contagio y con la esperanza de que se trate de partos normales sin complicaciones. El total de nacidos vivos atendidos por parteras el 2019 fue de 898 y el 2020 llegaron a atender 1.065, para luego volver a registrar 865 el año 2021.

Podría suponerse que, para el parto, muchas mujeres no tuvieron acceso a personal calificado ni a parteras tradicionales para la atención de sus partos durante la pandemia, incluso por razones de transporte; pero los datos del sistema nacional de información en salud muestran que la atención del parto por familiares, conocidos o vecinas se mantuvo en números similares en los tres años considerados: 1.635 el 2019, 1.655 el 2020 y 1.583 el 2021. Como es fácil comprender, este tipo de atención del parto carece de recursos para atender partos normales y más aún en casos de complicaciones obstétricas, porque quienes brindan esta atención no tienen los conocimientos suficientes para controlar el cuidado del embarazo ni para reconocer los signos de peligro y actuar en consecuencia. De este modo, por la estabilidad numérica de la población atendida en esos años, es posible deducir que no se hubie-

sen incrementado las muertes maternas por este tipo de atención del parto, como posiblemente habría sucedido, de incrementarse notablemente las atenciones en situación de precariedad extrema. Tal vez la explicación podría estar relacionada con una consecuencia adicional de la pandemia, que fue la pérdida de información en la recolección y el procesamiento de datos, ya que este tipo de atención practicada en familia requiere un esfuerzo particular por parte del personal de salud para registrar eventos en los que no participó, lo que no fue considerado relevante para el sistema de salud durante la pandemia.

Los partos atendidos por parteras capacitadas fueron solamente 245 el año 2019, 229 el año 2020 y 209 el año 2021. Las parteras empíricas, en cambio, atendieron 570 partos el año 2019 y 653 el año 2020, para luego retornar a cerca de la cifra inicial de 572 el año 2021. Es necesario hacer notar que estos números son solo los que corresponden a la información que se tiene sobre parteras empíricas registradas, pues existen muchas parteras que desarrollan su oficio, pero que no se encuentran registradas en el sistema de salud, aunque se tiene conocimiento de que atienden cada vez menos partos, en el orden de 4% o 5% (EDSA, 2016).

Adicionalmente, debido a las dificultades generadas por la pandemia en los centros de salud, se produjo un incremento de partos atendidos en domicilio con la asistencia de personal de salud, pasando de 4.299 el 2019 a 5.654 el 2020 respectivamente, volviendo a caer levemente el 2021 a 5.118. Lo anterior hace suponer que prevalecieron las restricciones para la atención del parto en centros de salud.

Atención y detección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/SIDA

Uno de los servicios sanitarios más afectados en su continuidad por la pandemia fue la prueba rápida de VIH, que tiene como antecedente una larga historia de posicionamiento como necesidad básica para el acceso a retrovirales y el tratamiento disponible en la actualidad. De 289.315 personas que se hicieron la prueba el año 2019, bajó a 186.058 el 2020, subiendo parcialmente a 223.892 el 2021. No se debe olvidar que también los laboratorios entraron en crisis persistentes durante la pandemia por el sobreesfuerzo derivado de la demanda de pruebas de coronavirus. Sin embargo, en perspectiva, los laboratorios, los equipos de terapia intensiva y las salas de internación, muy golpeadas en la pandemia, están hoy en muchas mejores condiciones que en el pasado reciente, de modo que si se logra mantenerlas funcionando permitirán un gran cambio en la prestación de servicios de salud, incluyendo las requeridas por el VIH y otros.

Solo en Cochabamba se recuperó y aumentó el número de personas con prueba de VIH, después de haber disminuido de 49.763 el 2019 a 42.297 el 2020, para llegar a 57.445 el 2021. Esto demuestra que siempre se puede atender esta demanda no diferible, con un poco de organización y recursos disponibles.

La disminución general de las pruebas rápidas realizadas se reflejó también en el número de mujeres embarazadas con esa prestación: de 312.962 embarazadas con prueba el 2019 a 250.032 el 2020 y a 255.832 el 2021, todavía bastante lejos de las coberturas alcanzadas en años anteriores. Se espera que toda mujer embarazada se haga

la prueba por las consecuencias agravadas en su condición y por la necesidad de identificar y tratar los casos en forma oportuna.

Detección y tratamiento del cáncer

Por mucho tiempo, la toma de muestras de Papanicolaou (PAP) es la única medida para identificar oportunamente el cáncer de cuello uterino⁴. Sigue siendo una herramienta central en el diagnóstico, pese a que es algo complicado el envío y lectura de muestras, pues se requiere de personal especializado y laboratorios, lo que muchas veces alarga el tiempo de conocimiento de los resultados, disminuyendo la eficacia del tratamiento. Lo ideal es que todas las mujeres que tienen relaciones sexuales realicen anualmente esta prueba, pero las coberturas son siempre limitadas. El año 2019, las mujeres con muestras tomadas de PAP fueron 511.709 en total. Como en otros servicios incorrectamente considerados diferibles, la ya baja cobertura de entonces disminuyó a 238.469 mujeres el 2020, menos de la mitad. El 2021 se recuperó parcialmente el ritmo, llegando a 341.123.

Más recientemente, se impuso el método de la inspección visual con ácido acético (IVVA) para detectar el cáncer de cuello uterino de una forma más rápida, efectiva y sencilla, ya que puede hacerlo personal de salud no especializado y sin esperar los resultados de laboratorio⁵. Como en casi todo, también se redujo el número de mujeres con IVVA de 71.407 el 2019 a 32.157 el

4 "La prueba de Papanicolaou (prueba citológica o simplemente PAP) es un examen citológico cuyo objeto es detectar células del cuello uterino anormales. El procedimiento consiste en efectuar un raspado de las células del cuello del útero y fijarlas en un portaobjetos de vidrio. Luego, los portaobjetos se envían a un laboratorio de citología donde son evaluados por un citólogo" (Ministerio de Salud y Deportes, 2013a: 59).

5 Se realiza mediante un lavado del cuello uterino con entre 3% y

2020, con un repunte el 2021, alcanzando a 55.816 mujeres.

De acuerdo a estimaciones de The Global Cancer Observatory 2020, el número estimado de casos nuevos de cáncer de cuello uterino en 2020 a nivel América Latina y el Caribe fue de 43.995, en Bolivia de 1.058, registrado en mujeres de 20 a 64 años, estandarizadas por edad por 100.000. Así también, en "Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis, 2020", publicado en la revista The Lancet Global Health, se señala que Bolivia es el país con la tasa de incidencia más alta de cáncer de cuello uterino (40 por cada 100 mil mujeres), al igual que la tasa de mortalidad por esta causa (20 por cada 100 mil mujeres) en Latinoamérica y el Caribe, lo que se constituye en un grave problema de salud pública (2020: 196). En el caso del IVVA, se tiene información en el SNIS sobre casos positivos y casos tratados. De cada 100 mujeres con IVVA, siete dieron positivo el 2019 y cuatro recibieron el tratamiento correspondiente. El año 2020, la proporción de casos positivos disminuyó a 3% y el 2021 subió a casi el 4%, y las que fueron tratadas se mantuvieron en el 8% y el 10% en esas gestiones. Es decir, no solo disminuyeron los estudios, sino también la proporción de casos detectados del total de mujeres con IVVA.

Reproducción asistida e infertilidad

Respecto a la reproducción asistida, el sistema público prácticamente no ha incorporado la atención de la infertilidad, de acuerdo con la OMS, en muchas partes del

5% de ácido acético (vinagre). Al observar la reacción se pueden apreciar áreas blancas indicativas de cambios celulares precancerosos. Sin embargo, su utilización es menor al PAP.

mundo, sobre todo en los países de ingresos medios y bajos. Estos servicios todavía no están disponibles o no son accesibles, no pueden garantizar la calidad de las intervenciones contra la esterilidad, ni tampoco el acceso a estas, considerando que el diagnóstico y el tratamiento de este problema no son prioritarios en las políticas nacionales demográficas y de desarrollo ni en las estrategias de salud reproductiva. Por ello, la salud pública no suele financiarlas, esto posiblemente debido a la falta de personal calificado, la ausencia de materiales e infraestructuras y el elevado costo de los medicamentos requeridos (OMS, 2020). Sin embargo, en el sector privado, se ha producido un auge de clínicas y profesionales con capacidad y disponibilidad de tecnologías de punta, que atienden a una parte muy reducida de la población con esas necesidades. Para el país, es una más de las tareas pendientes para el futuro.

En resumen, los servicios de atención a mujeres por embarazo, parto y puerperio, así como la inmunización y el monitoreo del crecimiento y desarrollo de la población infantil son programas que nunca se detienen. Sin embargo, especialmente en los componentes de la salud sexual y salud reproductiva que tienen que ver con anticoncepción, interrupción legal del embarazo, violencia sexual, infecciones transmitidas sexualmente, prevención del embarazo adolescente y cáncer ginecológico, los servicios pueden debilitarse rápidamente.

Áreas críticas, empezando por las necesidades insatisfechas de anticoncepción, cuidados prenatales básicos y atención del parto con personal calificado, que el 2018 alcanzaron prevalencias de 17%, 85,2% y 71,5%, respectivamente (OPS, OMS, 2019:

27), sufrieron y sufren aún los rigores de la pandemia, de un modo determinante para el futuro de la salud pública boliviana. Además, incide negativamente en el acceso a los servicios esenciales, como fue reconocido acertadamente por la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por sus siglas en inglés), en un informe sobre la situación mundial en la época más álgida de la crisis sanitaria: "la pandemia COVID 19 ha dado como resultado una crisis en la cadena de suministros global debido a la creciente demanda de equipos e insumos de salud y médicos esenciales... los servicios de salud ya se encuentran bajo intensa presión al tener que lidiar con las altas cifras de pacientes críticamente enfermos. Esto está colapsando los sistemas de salud, ya que el personal de atención médica y los medicamentos y suministros esenciales se están desviando para responder a la pandemia" (IPPF, 2020: 3). En Bolivia, durante la pandemia, estuvieron debilitados los procesos de adquisición y distribución de anticonceptivos y las mujeres sin muchas posibilidades de adquirirlos por su cuenta, a causa del aislamiento y de restricciones al acceso a centros de salud y farmacias.

Finalmente, se debe tomar en cuenta que el aislamiento por la cuarentena en sus hogares ha expuesto a las mujeres jóvenes, adolescentes y niñas a mayor violencia sexual o a ser sometidas por violencia continua en sus hogares y a no recibir atención cuando la necesitan. Respecto a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE) bajo sus tres causas, cuando se producen embarazos de alto riesgo para la salud de la mujer, son producto de violación o estupro o cuando se presentan malformaciones congénitas inevitables, el acceso a una prestación ne-



cesaria y urgente dejó de ser considerado en la mayor parte de los hospitales con capacidad resolutoria (segundo y tercer nivel de atención).

La emergencia sanitaria puso en riesgo extremo la salud sexual y salud reproductiva de la población, cualesquiera sea la modalidad de contención de la expansión del coronavirus, porque redujo las posibilidades de acceder a los servicios. La reactivación de los servicios de salud sexual y reproductiva, al momento de la quinta ola de la pandemia, aún es una tarea pendiente

POLÍTICAS Y NORMAS

Cuando un componente de las políticas públicas se encuentra subsumido en otro de mayor cuerpo y alcance, pierde algunas de sus partes para ganar otras que suelen hacerla más consistente y efectiva; pero también hay la posibilidad de perder sus

mejores atributos y ganar otros de menor impacto. La salud sexual y salud reproductiva cuenta ambas historias. Ni siquiera tenía un nombre parecido que la definiera hace pocas décadas. Por los años setenta y ochenta, el único elemento que estaba enraizado desde siempre en el concepto general de salud era el de la salud materna, sin referencia, siquiera, a la condición reproductiva de las mujeres, menos de los hombres. Era un tipo de salud condicionado al embarazo y sus consecuencias; prevalecía en las políticas públicas como la salud del binomio madre-niño.

A fines de los años ochenta, bajo el nombre de Plan Nacional de Supervivencia Infantil y Salud Materna, el Gobierno de Bolivia definió su política de salud bajo el paraguas del binomio mencionado. Sin embargo, sus contenidos específicos empezaron a introducirse en ámbitos mayores y más comprensivos. Se empezó a manejar como parte de la agenda pública la idea de

la edad reproductiva de las mujeres como objeto de atención; es decir, el margen de tiempo en el que una mujer puede procrear sanamente, alrededor de 20 a 35 años, con sus excepciones. Embarazos fuera de esos márgenes se conceptuaron como embarazos de riesgo. Más tarde, también lo fueron los embarazos excesivos y los de poca distancia gestacional. Así, la salud materna empezó a transformarse en salud integral de la mujer en edad fértil.

Las nuevas preocupaciones de salud pública impusieron casi en forma clandestina lo que ya era, tal vez desde mucho tiempo atrás, la anticoncepción, que tampoco tenía ese denominativo. Sonaba ético decir planificación familiar a las prácticas sanitarias que buscaban espaciar o limitar los nacimientos.

Bajo la sombra de la maternidad, fueron inscribiéndose los primeros pasos públicos de la planificación familiar, con sus métodos anticonceptivos. La lógica de este razonamiento empezó a debatirse precisamente por el uso de estos instrumentos (métodos tradicionales versus métodos modernos) y cada vez menos sobre el número ideal de hijos planificados. Es más, también empezaron a surgir como problemas de salud pública los embarazos no planificados o no deseados, con toda la carga emocional y cultural de la que el Estado no podía sustraerse.

Muy pronto la preocupación por los embarazos no intencionales empezó a ser relacionada con los abortos intencionales y eso volvió a despertar confrontaciones religiosas fundamentalistas que subsisten hasta hoy en día. Ante la creciente comprensión de las necesidades insatisfechas de anticoncepción, se dio margen en la salud ma-

terna a considerar las complicaciones del aborto inseguro y clandestino como parte de las hemorragias de la primera mitad del embarazo y así evitar muertes maternas. Al ser una complicación de peligro para la vida de la madre, como cualquier hemorragia, llegó a tener carta de ciudadanía en la salud pública. Por fin, podían evitarse por lo menos algunas muertes maternas, si después de haberse iniciado un aborto éste se complicaba y se refería a la mujer a un establecimiento de salud con capacidad resolutive. Actualmente es una responsabilidad de los servicios atender a mujeres con abortos inconclusos, lo cual está previsto por la Ley No. 0206/2014 Sentencia Constitucional Plurinacional.

Paralelamente, de un modo más abierto, también empezaron a formar parte de las políticas públicas de salud los temas vinculados al cáncer reproductivo, otra vez, de las mujeres, como el cáncer de mama y el de cuello uterino, con todo lo que implican en materia de normas y protocolos, equipamiento, subvenciones, etc. Y como se podía hablar de la salud reproductiva sin el tema del embarazo, no fue sino cuestión de tiempo que se empezara a trabajar aspectos relacionados con la sexualidad, por su asociación con la salud reproductiva; básicamente: enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA y la violencia sexual. En el tema de salud sexual, sin embargo, el concepto de bienestar sexual, como llevar una vida sexual libre y placentera, sugiere un ámbito más amplio que el del sector salud, puesto que involucra necesariamente a otros actores, principalmente el educativo, donde no ha recibido un tratamiento similar. No por falta de esfuerzos y de proyectos, la educación sexual ha sido subsumida en principios genéricos,

como los de Educación para la Vida, desdibujando la necesidad de ofrecer herramientas de protección de la salud sexual a las menores edades posibles, en especial, a las edades vulnerables al abuso y al embarazo y a la maternidad infantil forzadas.

Así se llegó al concepto más actual de salud sexual y reproductiva, con el pendiente de la intersectorialidad. El Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025 (PDES) dentro de sus acciones al 2025, en el Eje 5, propone “Fortalecer en la currícula educativa, temáticas vinculadas a la educación sexual y reproductiva, prevención del embarazo adolescente, prevención de la violencia y valores” y plantea como meta al 2025 llegar al cien por ciento de instituciones educativas que realicen actividades de socialización y concientización en educación sexual (Ministerio de Planificación del Desarrollo, 2021: 139) . Sin embargo, todavía falta un paso importante en este camino dirigido a materializar el concepto de forma más precisa y comprensiva: es que la buena salud sexual no solo tiene que ver con la buena salud reproductiva. El placer y la satisfacción sexual es parte de la vida cotidiana, pero aún no logra ser abordado por el sistema de salud. Las diversas identidades sexuales dejaron de considerarse enfermedades y ahora se pretende superar estereotipos médicos como los que los relacionan con el VIH/SIDA, por ejemplo. Las trabajadoras sexuales son también un grupo de interés para la salud pública.

Desde la década de los años noventa, el Ministerio de Salud y Deportes viene produciendo planes específicos de salud sexual y reproductiva, acompañados de manuales y normas actualizados. Los primeros estaban muy asociados a las corrientes

internacionales que cobraron, desde esos años, una creciente importancia en estos temas, sujetos a conferencias, cumbres y encuentros políticos y técnicos, de los que Bolivia fue parte activa y protagónica. De hecho, los acuerdos internacionales funcionaron casi siempre como referentes legales que no se pudieron concretar en la joven experiencia legislativa democrática boliviana. Aunque la salud sexual y reproductiva y la salud materna son acápites específicos de la Constitución Política del Estado, Bolivia no tiene una Ley General de Salud y menos una Ley de Salud Sexual y Reproductiva. Sigue vigente el Código de Salud de la década de los años setenta y aún está inscrito el aborto en el Código Penal, que persiste en la economía jurídica boliviana.

El Ministerio de Salud, el año 2013, implementa el enfoque de la atención integrada al continuo del curso de la vida, con el objetivo de mejorar la atención de la salud, considerando que la implementación de actividades verticales permitirá una mejor atención en los tres niveles de atención. El continuo de atención contribuye a brindar atención integral en salud a la población; que debe tener acceso a servicios calificados durante el curso de la vida (sobre todo, en salud reproductiva, embarazo y parto, atención al recién nacido, niño/a y adolescente), reconociendo que el mejorar el estado de salud en un ‘momento’ del continuo repercute favorablemente en el siguiente; asimismo, promueve la integración de los diferentes ámbitos de atención: el hogar, la comunidad y los establecimientos de salud por nivel de atención, que deben estar orientados a la promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de enfermedades (Ministerio de Salud y Deportes, 2013b: 2).

Las sucesivas aprobaciones de resoluciones, decretos y leyes, incluyendo la Sentencia Constitucional del 2014, que precisa la interrupción legal del embarazo, fueron conformando un cuerpo normativo consistente para la atención a la salud sexual y reproductiva, con todas sus fortalezas y debilidades, hacia un camino de creciente compromiso institucional. Municipios de toda Bolivia compran anticonceptivos y vacunas, lo que antes era imposible. Lo que hay y aún se mantiene en menor escala son las donaciones. Por supuesto, los planes nunca se evaluaron, sus metas no se cumplieron, sus presupuestos son orientaciones y sus ejecuciones rara vez son acompañadas por las autoridades.

Sin embargo, esta expansión de los servicios de salud subvencionados, acompañada de importantes inversiones en infraestructura y equipamiento, en plena pandemia, corre el riesgo de invisibilizar la relevancia de la salud sexual y salud reproductiva en sí misma. Los nuevos servicios sin costo para una población muy grande exigen grandes erogaciones que no siempre estarán disponibles, de modo que tendrán que sacrificarse ítems considerados menos urgentes, entre los que suelen aparecer servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Surgen y van a seguir surgiendo nuevos servicios y problemas de gestión que pueden hacer perder de vista las deficiencias que aún persisten en la atención de la maternidad y la salud sexual y reproductiva.

RECOMENDACIONES

- Garantizar la provisión de servicios de salud sexual y salud reproductiva a las adolescentes y mujeres en edad fértil, así como los cuidados obstétricos y neonatales esenciales (CONE) no diferibles en todos los centros de salud de primer y segundo nivel, con la participación efectiva de recursos humanos suficientes, competentes, protegidos y actualizados.
- Asegurar el abastecimiento, la provisión, la administración y la distribución continua en el país de los insumos de salud sexual y salud reproductiva necesarios (anticonceptivos modernos, medicamentos que salvan vidas, antirretrovirales para VIH, equipos de protección personal, etc.).
- Garantizar la provisión de recursos y tecnologías para la atención regular y de emergencia en todos los centros de salud, incluyendo el funcionamiento de las redes de ambulancias y equipamiento completo en bioseguridad, con énfasis en la atención de la emergencia obstétrica.
- Mantener adecuadamente informadas y preparadas a las niñas, adolescentes, mujeres jóvenes y adultas, autoridades comunales y población en general contra la violencia sexual y de género, embarazo no planificado, aborto inseguro y riesgo obstétrico y neonatal elevado, superando las limitaciones impuestas a la consulta externa en los centros de salud, con la participación de la población organizada, con una justicia mejorada y con un sistema de protección social efectivo.
- Desarrollar una Estrategia Nacional de Educación y Comunicación en salud

sexual y reproductiva, con miras al gradual cambio de comportamiento que restrinja la naturalización cultural de la violencia, el abuso y explotación sexual; que promueva la defensa de los derechos de las mujeres a decidir sobre su sexualidad sin interferencias.

- Mantener y fortalecer el “sistema de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y neonatal”, especialmente en el adecuado llenado y procesamiento de la historia clínica perinatal, incluyendo información desagregada sobre la evolución de la pandemia y morbilidad en tiempo real.
 - Restablecer la planificación estratégica mejorada, el seguimiento y la evaluación de cada uno de los componentes de salud sexual y reproductiva, en el marco de la atención al continuo de la vida y el Sistema Universal de Salud.
 - Implementar la Encuesta de Demografía y Salud, cuya demora está ocasionando un gran vacío de información en la gestión de salud sexual y reproductiva de la población boliviana.
 - Definir y ejecutar una política de investigaciones en salud sexual y reproductiva con la participación de universidades, asociaciones profesionales y organizaciones no gubernamentales.
2. 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health*. Vol.8. USA. Recuperado de <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2819%2930482-6>
 3. Defensoría del Pueblo. Estado Plurinacional de Bolivia (2020). Informe Defensorial sobre el cumplimiento de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 y la aplicación del Procedimiento Técnico para la Interrupción Legal del Embarazo en los Servicios de Salud a Nivel Nacional. La Paz: Defensoría del Pueblo. Estado Plurinacional de Bolivia.
 4. Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Salud Bolivia (2017). Encuesta de Demografía y Salud 2016. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.bo/images/Documentacion/EDSA-2016.pdf>.
 5. Federación Internacional de Planificación Familiar. International Planned Parenthood Federation (IPPF) (2020). Declaración del IMAP sobre el COVID-19 y los derechos de salud sexual y reproductiva. Londres. Recuperado de <https://www.ippf.org/sites/default/files/2020-04/IMAP%20Statement%20on%20COVID-19%20impact%20on%20SRHR%20-%20Spanish.pdf>.
 6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Indicadores básicos 2019, Tendencias de la salud en las Américas. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y. Washington, D: C.
 7. Organización Mundial de la Salud (2020). Esterilidad. Recuperado de <https://www.who.int/es/newsroom/fact-sheets/detail/infertility>.
 8. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns

BIBLIOGRAFÍA

1. Arbyn, Marc, Elisabete Weiderpass, Laia Bruni, Silvia de Sanjosé, Mona Saraiya, Jacques Ferlay y Freddie Bray (2020). Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in

Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud (2019). Planificación familiar: un manual mundial para proveedores. CCP y OPS, 3.ª ed. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51918>. Baltimore y Washington.

9. World Health Organization (2020). The Global Cancer Observatory. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/>

Normativas del Estado Plurinacional de Bolivia

10. Ministerio de Salud y Deportes (2013a). Guía de tamizaje de cáncer de cuello uterino y mama. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad. La Paz: Sistemas Gráficos Color.
11. Ministerio de Salud y Deportes (2013b). Atención integrada al continuo del curso de vida: adolescente-mujer en edad fértil- mujer durante el embarazo, parto y puerperio-recién nacido/a-niño/a menor de 5 años-niño/a de 5 años

a menor de 12 años de edad-personas adultas mayores: cuadros de procedimientos para el primer nivel de atención. Publicación Técnica N° 240. La Paz: Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad.

12. Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Información en Salud-Vigilancia Epidemiológica. SNIS-VE. La Paz: Ministerio de Salud.
13. Ministerio de Planificación del Desarrollo (2021). Plan de Desarrollo Económico Social 2021-2025 (PDES). La Paz. Viceministerio de Planificación y Coordinación (VPC), Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE), Unidad de Análisis de Políticas Económicas (UDAPE).
14. Unidad de Análisis de Políticas Económicas (UDAPE) (2019). Indicadores de Salud (1996-2019). Recuperado de https://www.udape.gob.bo/portales_html/dossierweb2020/htms/CAP07/c070401.htm





VISÍTANOS EN:

<http://opd.umsa.bo/observatorio>

@OPDBolivia Comunidad

opd.umsa@gmail.com



Con el apoyo de:

