



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD
Y DEPORTES

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA** 2009 - 2015

SERIE:
DOCUMENTOS TÉCNICO - NORMATIVOS



PUBLICACIÓN
140

*Movilizados por el Derecho
a la Salud y la Vida
para vivir bien*

Ministerio de Salud y Deportes
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD

**PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
2009 - 2015**

SERIE:
DOCUMENTOS TÉCNICO - NORMATIVOS

Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida
para vivir bien

PUBLICACION
140

BO Bolivia Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Salud. Unidad de Servicios de Salud y Calidad
WQ205
M665p Plan estratégico nacional de salud sexual y reproductiva 2009 - 2015. /Ministerio de Salud y Deportes 2ed. La Paz : Excelsior, 2010
No. 140
2010

47p. : ilus. (Serie: Documentos Técnico-Normativos No. 140)

Depósito Legal: 4-1-2819-09
ISBN : 978-99954-742-5-6

I. PLANIFICACION EN SALUD
II. SEXUALIDAD
III. MEDICINA REPRODUCTIVA
IV. BOLIVIA
1. r
2. Serie.

PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 2009-2015

©Ministerio de Salud y Deportes

Calle Capitán Ravelo N° 2199

Telf.- 2441479

Dirección General de Servicios de Salud – MSD

Unidad de Servicios de Salud y Calidad

La Paz- Bolivia

Coordinación y actualización:

Dr. Igor, Pardo, Director General de Salud

Dr. Adolfo Zarate Cabello, Coordinador Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

La elaboración del presente documento contó con la participación de:

Dra. Calderón Lilian (UNFPA)

Dr. Conde Víctor (Consultor)

Dr. Castro André Alberto (UNFPA)

Lic. Escóbar Alexia (FCI)

Lic. Padilla Haydec (OPS/OMS Bolivia)

Lic. Pooley Bertha (Save the Children/SNL)

Dra. Reyes Jacqueline (Jefe Unidad de Servicios de Salud y Calidad)

Dr. Viscarra Zuna Oscar (UNFPA)

El presente documento fue revisado por:

Dra. Adolfo Zárate (Responsable de Cáncer de la Mujer MSD)

Dra. Cornejo Camen (SEDES La Paz)

Dr. La Fuente Gonzalo (Soc. Paceaña de Ginecología y Obstetricia)

Dra. Morales Malena (IPAS)

Dra. Moreno Amanda (SBGO)

Dra. Rocio Lara USAID

Dra. Villarroel Silvia (CARE)

Producción Editorial

1ª Edición 2009

Reimpresión 2010

Sonovisión Comunicaciones 71971222

Fotografías: © Américo Vilca y Save The Children

Impreso en Bolivia

Impreso: Ediciones Excelsior SRL.

Telf.: 2283657 - 2117687

La reimpresión de este documento ha sido posible gracias al apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), con recursos del Proyecto BOLAR31A

1ra. Edición 2009

1ra. Reimpresión OPS/OMS, 2010

2da. Reimpresión PROSALUD - USAID, 2010

3ra. Reimpresión UNFPA - BOLIVIA, 2010

Contenido

Presentación	7
Siglas y Acrónimos	9
Introducción	11
Parte 1: Estado de la situación	13
Parte 2: Capacidad de respuesta	19
Parte 3: Salud sexual y reproductiva para vivir bien	25
Parte 4: Propuesta	29
Visión	29
Misión	29
Objetivo general	29
Metas:	29
Objetivos intermedios	30
Principios del plan	30
Parte 5: Lineamientos estratégicos y operativos	33
Parte 6: Niveles de gestión y de atención	41
Niveles de atención	42
Rol de la comunidad	43
Bibliografía	45

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dra. Nila Heredia Miranda
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Martín Maturano Trigo
VICEMINISTRO DE SALUD

Dn. Miguel Ángel Rimba A.
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr. Jhonny Vedia Rodríguez
DIRECTOR GENERAL DE SALUD

Dr. Henry Flores Zuñiga
**JEFE UNIDAD DE SERVICIOS
DE SALUD Y CALIDAD**

COPIA LEGALIZADA Resolución Ministerial



07 SET. 2009



VISTO Y CONSIDERANDO:

Que, la Constitución Política del Estado, en su artículo 35, numeral I, establece que "El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud;

Que, en el artículo 306, parágrafo I de la Constitución Política del Estado, establece que el modelo económico boliviano es plural y está orientado a mejorar la calidad de vida y el vivir bien en todas las bolivianas y los bolivianos", en el parágrafo V determina que "El Estado tiene como máximo valor al ser humano y asegurará el desarrollo mediante la redistribución equitativa de los excedentes económicos en políticas sociales, de salud (.....);

Que, el artículo 66 de la Constitución Política del Estado, establece que el Estado garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos;

Que el Código de Salud en su Art. 2 dispone que la Salud es un bien de interés público y que corresponde al estado velar por la salud de la población en su totalidad, asimismo, su artículo 3, dispone que será el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y Deportes quien definirá la política de salud, la formación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna;

Que, el artículo 3, del Código de Salud, establece que es atribución del Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y Deportes, definir las políticas nacionales de salud, normar, planificar, controlar y coordinar todas las actividades en todo el territorio nacional en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna;

Que, en el artículo 90 inc. e) del Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009 la norma precitada, determina que el Ministerio ejercerá la rectoría, regulación y conducción sanitaria sobre todo el sistema de salud;

Que, en la cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, efectuada en el año 2000, Bolivia asumió el compromiso junto a otros 188 países, para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs);

POR TANTO;


El Señor Ministro de Salud y Deportes, en uso de las facultades que le confiere el Decreto Supremo N° 29894 de fecha 07 de febrero de 2009 de la Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional.


RESUELVE:


ARTICULO PRIMERO.- Se aprueba el "PLAN ESTRATEGICO NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA - BOLIVA 2009 - 2015, de acuerdo al texto que formará parte inseparable de la presente Resolución Ministerial.

ARTICULO SEGUNDO.- El Viceministerio de Salud y Promoción, la Dirección General de Servicios de Salud y la Unidad de Servicios de Salud y Calidad, quedan encargadas del cumplimiento de la presente Resolución Ministerial.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.


Dr. Fernando Villarroel Espinola
DIRECTOR GENERAL DE
ASUNTOS JURIDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Raúl Torres
VICEMINISTRO DE SALUD
Y PROMOCION
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Roberto Tapia Salas
MINISTRO DE SALUD
Y DEPORTES

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL

Presentación

Con la nueva Constitución Política del Estado, en Bolivia hemos asumido plenamente la obligación de respetar, promover, proteger y garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas, independientemente de cualquier consideración económica, social, cultural o individual.

Reconocemos los derechos sexuales y derechos reproductivos y, más específicamente, a la salud sexual y reproductiva, como derechos humanos; no solamente con el enfoque de proporcionar la atención en la reproducción y enfermedades; sino también, de crear las mejores condiciones para que las personas puedan vivir su sexualidad y sus potencialidades como mejor lo determinen en el curso de todo el ciclo de vida y la protección de estos derechos es universal.

Con el Plan de Desarrollo de Salud, hemos empezado a dejar atrás, sin descuidar su importancia, a la medicina curativa, para avanzar en la conquista de la salud, como instrumento del *vivir bien*. Esto implica un dominio de la complejidad de las condiciones y determinantes de la salud, especialmente en lo que se refiere al aspecto de la salud sexual y reproductiva de la población.

Estamos seguros de que la salud sexual y reproductiva no puede garantizarse con una capacidad de respuesta sanitaria que estaría limitada a sus expresiones clínicas, aún disponiendo de todas las facilidades tecnológicas. No es posible separarla de sus determinantes, y a estos, no se puede controlarlos sin la participación activa y protagónica de todos los sectores y de todos los actores. La salud sexual y reproductiva es una tarea de todos y todos pueden ser considerados en el concepto de salud familiar comunitaria intercultural.

No somos inmunes a los cambios tecnológicos ni a los avances médicos en este y otros campos prioritarios de la salud pública. Con gusto y energía estamos asimilando y difundiendo los cambios basados en la evidencia. Pero, esto es muy poco sino se van resolviendo las condiciones que impiden precisamente el desarrollo de esas innovaciones. No se puede seguir tolerando que la discriminación, la injusticia, la inequidad, la corrupción, el desconocimiento y la propia negligencia, determinen la ubicación de Bolivia entre los países con peores calificaciones sanitarias.

Institucionalmente, estamos trazando puentes de antiguos compartimientos aislados, de pequeños feudos programáticos e ineficientes, no para diluir responsabilidades, sino para comprometer el concurso de toda la institucionalidad de los servicios de salud y de los sectores afines en aspectos prioritarios de la salud pública. Este Plan no está dirigido a supuestos responsables especializados ni siquiera sólo al personal de salud; es un plan de maestros y padres de familia, funcionarios de justicia, comunicadores sociales, líderes de agrupaciones sociales y culturales, jóvenes, policías, legisladores y economistas, de los movimientos sociales y de los hombres y mujeres de la patria, porque entendemos que se trata del derecho irrenunciable a *vivir bien*.

Dra. Nila Heredia Miranda

MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Siglas y Acrónimos

CACU	Cáncer de cuello uterino
CDVIR	Centros Departamentales de Vigilancia y Referencia de ITS/SIDA
CEASS	Central de Almacenamiento de Suministros de Salud
DFID	Departamento para el Desarrollo Internacional
DIU	Dispositivo intrauterino
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPMM	Encuesta Post-censal de Mortalidad Materna
FCI	Family Care International
FIM	Farmacias Institucionales Municipales
GLBT	Gay, lésbico, bisexual, trans
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ITS	Infección de transmisión sexual
IVAA	Inspección Visual con Ácido Acético
JICA	Japan International Cooperation Agency
LIEA	Lesión intraepitelial de alto grado
LIEB	Lesión intraepitelial de bajo grado
MSD	Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia
NNUU	Naciones Unidas
ODM	Objetivo(s) de Desarrollo del Milenio, NNUU 2000
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PVVS	Persona que vive con el virus del SIDA
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SBGO	Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIP	Sistema Informático Perinatal
SSSR	Salud sexual y salud reproductiva
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SUSALUD	Seguro Universal de Salud
TSC	Trabajador(as) sexual comercial
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana



Introducción¹

Como resultado de las políticas aplicadas al sector salud, y la proyección de las originadas en el campo económico en las últimas décadas, se produjo un limitado y excluyente desarrollo de los servicios de salud y se asistió a procesos de debilitación de la responsabilidad sanitaria. Asimismo, la participación del Estado, como prestador de bienes sociales y como regulador y garante de la calidad y accesibilidad de la población a éstos, debilitó el conjunto de sus funciones rectoras.

Sin embargo, Bolivia suscribió importantes convenios internacionales favorables a la salud de la población², especialmente referidos a la salud sexual y reproductiva, y ha venido trabajando insistentemente en apuntalar varios

tipos de servicios de salud extendidos a la población con el Sistema Universal Materno Infantil (SUMI) y con la participación concurrente de la población organizada, en un proceso continuo de descentralización administrativa, que hoy se viene consolidando con las autonomías departamentales, regionales e indígenas.

En ese contexto, Bolivia realiza esfuerzos para mejorar la salud sexual y salud reproductiva de la población en las diferentes etapas del ciclo de la vida, mediante la atención a la infancia y la niñez; la atención a la mujer durante el embarazo, parto, postparto; la atención al recién nacido; el desarrollo de acciones para la reducción de la prevalencia del cáncer de cuello uterino y de mama; el incremento de conocimientos y servicios de atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva para adolescentes; la atención a la infertilidad; el mejoramiento de la orientación; oferta de información a servicios de anticoncepción y de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el SIDA, considerando que estos componentes son elementos centrales para el desarrollo humano. Estos esfuerzos tendrán que incrementarse frente al crecimiento de la demanda insatisfecha de la población en general y, en especial,

¹ El documento final de la Cumbre del Milenio de 2005 (suscrito por Bolivia), en el párrafo 57 menciona el compromiso de "Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015, integrando este objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y orientados a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/SIDA y erradicar la pobreza".

² El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), El Cairo, 1994) y de Beijing 1995, que figuran entre los hitos universales básicos de la comprensión de la salud sexual y reproductiva como derecho humano y factor central del desarrollo de los pueblos.

de las poblaciones indígenas de las áreas urbano-marginal y rural.

Los procesos de cambios en el sector salud han propiciado el debate sobre su impacto en los sectores más vulnerables de la población, incluyendo el Programa Desnutrición Cero y el Bono Juana Azurduy, entre otros –definidos en términos de pobreza medida ésta a través de variables tales como ingresos o necesidades básicas insatisfechas– pero han prestado poca atención a otras dimensiones de la vida social que inciden igualmente en la vulnerabilidad social, tales como género, etnia, edad, orientación sexual y discapacidad, entre otros.

Respondiendo a esas demandas, el Plan Estratégico de Salud Sexual y Reproductiva (2009-2015) es un instrumento operativo indicativo, de alcance nacional, y su alineación está enmarcada en el Plan de Desarrollo de Salud. Aquí se expresan las orientaciones políticas sectoriales emanadas de las autoridades nacionales y que han sido estructuradas en objetivos, metas y ejes programáticos, que no

sólo son el resultado de un proceso de concertación institucional y social, sino que responden a los compromisos internacionales que sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos ha firmado el Estado boliviano y ahora son reconocidos en el Art. 66 de la nueva Constitución Política del Estado.

La formulación del presente Plan es resultado de un proceso de coordinación y consenso interinstitucional e intersectorial, especialmente con los movimientos sociales y con el apoyo de las agencias de cooperación internacional. Constituye el marco de apertura programática para el desarrollo de acciones estratégicas que contribuyan a la solución de las demandas de atención en los diferentes procesos, escenarios y componentes relacionados con la atención de la salud sexual y reproductiva con base en principios, normas, intervenciones e instrumentos para la promoción y prevención de la salud en el marco del Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), así como en la aplicación de los medios, recursos y prácticas para la conservación y restablecimiento de la salud integral.



Estado de la situación

No obstante las significativas disminuciones registradas en los índices de mortalidad materna en el país desde la década de los noventa de 390 por 100.000 nacidos vivos en el quinquenio 1989 - 1994, a 234 por 100.000 nacidos vivos el 2000. Bolivia es uno de los pocos países en los que la probabilidad de morir por causas asociadas a la maternidad sigue siendo inaceptablemente elevada, teniendo en cuenta que casi todas esas muertes son evitables si existe atención oportuna básica y a un costo sumamente razonable. El mayor problema asociado es, sin duda, el de las profundas brechas y desigualdades, derivadas de la inequidad, la discriminación, el abuso, el abandono y la violencia, que suele recaer con demasiada frecuencia en las mujeres, sobre todo, indígenas, de escasos recursos, poco instruidas, adolescentes y jóvenes.

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) del año 2000, el 70% de las muertes maternas provenían de mujeres que tenían menos de seis años de escolaridad. Las mujeres indígenas eran las más vulnerables a morir, especialmente si vivían en el área rural, donde tenían cuatro veces más probabilidades de morir por complicaciones del embarazo, parto y posparto que las mujeres de las

ciudades (64,3% vs. 15,3%)³. Las complicaciones directas causaban el 80% de las muertes maternas e incluían la hemorragia, infecciones, preeclampsia/eclampsia, complicaciones del aborto y parto obstruido. Además, se estimaba que por cada mujer que fallecía, aproximadamente 20 a 30 sufrían lesiones, infecciones y discapacidades en el embarazo o el parto, morbilidad materna y secuelas posparto secundarias a complicaciones obstétricas y prácticas como la episiotomía o el uso de fórceps o vacuum. Así mismo, existen reportes de subfertilidad, dismenorrea, dolor pélvico crónico, incontinencia urinaria y fecal, etc.^{4 5 6}.

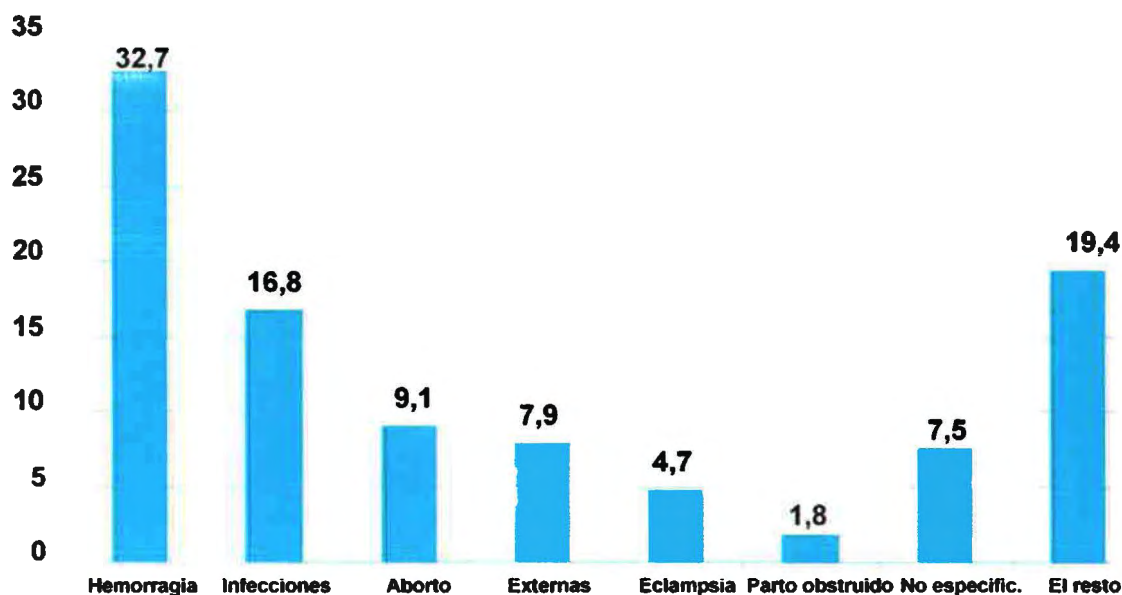
3 Folleto de Maternidad y Nacimiento Seguro, 2006

4 Latche PM, Latche MM, Say L, Gülmezoglu MA, Khan KS. WHO systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: a neglected reproductive health morbidity. BMC Public Health 2006; 6: 177.

5 Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. Lancet 2006; 367: 57-67.

6 Kamm MA. Faecal incontinence. BMJ 2003; 327: 1299-1300.

Causas de muerte materna



La sistemática disminución de la mortalidad infantil en Bolivia⁷, tampoco ha sido lo suficientemente grande como para superar los efectos incontrastables de las malas condiciones de la salud sexual y reproductiva de la población, especialmente para el recién nacido, con secuelas posteriores, sino es con la muerte inmediata, en concordancia con las historias desventajosas de sus madres. La probabilidad de morir antes del primer mes de vida explica la cifra de más del 50% de la mortalidad infantil registrada⁸ y la sobrevivencia de los niños de madres que han muerto es mínima⁹. Incluso así, las malas condiciones de

salud, la desnutrición, el bajo rendimiento escolar, la desintegración de las familias, el abandono y el maltrato los acompañarán posiblemente durante toda la vida.

Hacia 1950, las mujeres bolivianas tenían un promedio de casi siete hijos; después de 25 años, este promedio bajó por debajo de los seis. Es a partir de 1975 cuando la fecundidad presenta una reducción más marcada, hasta llegar a los 3,5 hijos por mujer, reportados por la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) de 2008. La disminución de la fecundidad repercute en una baja de la natalidad y en una tendencia hacia la estabilización del número de nacimientos a partir del 2000, en cerca de 275 mil nacimientos al año, después de que el país experimentara por más de cinco décadas un crecimiento sostenido del número de nacimientos.

7 La mortalidad infantil disminuyó de 160 por 1000 nacidos vivos en 1960 a 50 por 1000 nacidos vivos en 2008 (ENDSA, 2008).

8 La información preliminar de la ENSDA, 2008 muestra que la mortalidad neonatal representa un poco más del 50% de la mortalidad infantil y el 40% de la mortalidad en la niñez. La mortalidad de los recién nacidos ha permanecido estancada en el último decenio (27 por mil nacidos vivos), sin embargo al desagregar la misma por departamentos, se observa que aumentó en 5 de los nueve departamentos (Potosí, Cochabamba, Tarija, Beni y La Paz), en los dos últimos quinquenios; hecho que no deja de ser preocupante. Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal en Bolivia, 2009 -2013.

9 INE, Encuesta post censal de mortalidad materna, 2000.

Un número importante de esos nacimientos provienen de mujeres adolescentes¹⁰. Generalmente, son nacimientos imprevistos y no son recibidos en las mejores condiciones. Es este uno de los problemas más sentidos por la población, por el riesgo de comprometer desde muy temprano la salud y la vida de los jóvenes, especialmente entre las poblaciones más pobres. Más del 30% de las adolescentes pobres son madres frente a menos del 10% de las adolescentes más solventes.

Existe una brecha importante entre el número de hijos que las mujeres tienen y los que desean tener; tienen cuatro pero desean tener solamente dos. Esto se puede explicar por la dificultad de acceder a información, orientación y servicios de anticoncepción. Sin embargo, al estudiar estas variables por quintil de riqueza, la brecha se amplía en las familias pobres, ya que éstas tienen casi siete hijos mientras deseaban tres, en cambio en el quintil superior, casi hay consonancia entre ambas tasas.

Los y las adolescentes y jóvenes¹¹, que actualmente conforman el 32% de la población boliviana, tienen aún necesidades insatisfechas relacionadas a aspectos nutricionales, desarrollo psicosocial, problemas de piel, entre otros, y en el área de salud sexual y reproductiva les falta acceso a educación para la sexualidad, atención diferenciada, información sobre su salud, etc.; asimismo, están expuestos a riesgos relacionados con el inicio de la actividad sexual a temprana edad, violencia, ITS-VIH/SIDA, embarazos no deseados, abortos y otros. La proporción de mujeres entre 15 a 19 años que han tenido relaciones sexuales es de 26%. La proporción



de mujeres jóvenes casadas o que viven en pareja, en este tramo de edad, representa alrededor de un 10% y más de la mitad (51%) de la mujeres en el grupo de 20 a 24 ya vive en unión conyugal. Esto tiene una estrecha relación con la fecundidad adolescente y la exposición a riesgos reproductivos.

Las ITS se encuentran entre las causas de morbilidad materna y perinatal más importantes. Las complicaciones graves de las ITS, como el embarazo ectópico, la enfermedad pélvica inflamatoria, el trabajo de parto prematuro, el aborto espontáneo, la muerte fetal y las infecciones congénitas, pueden conducir a una discapacidad crónica (como infertilidad y cáncer genital) y a la muerte. El aumento en el riesgo de adquirir o de transmitir el VIH/SIDA es otra consecuencia de las ITS¹².

La tasa de ITS en Bolivia está entre las más altas de la región. En el año 2000 se registraron 56.000 casos (14 por 1.000 habitantes en edad fértil), en los servicios públicos de salud. También se considera que

10 Bolivia tiene predominantemente una población joven y en edad fértil. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) de 2001 la edad mediana de la población era de 20 años. Las proyecciones a 2007 señalaban que 57% de la población estaba en el rango de 0 a 24 años; 38% en el de 25 a 64 años y 5% por encima de los 64 años. Ministerio de Planificación del Desarrollo: Fondo de Población de las Naciones Unidas, Bolivia: Población, Territorio y Medio Ambiente. Análisis de la situación de la población Ministerio de Planificación del Desarrollo - MPD; Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNEPA. La Paz - Bolivia: UNEPA, pág. 15.

11 Se considera adolescentes a la población de 10 a 19 años y jóvenes de 20 a 24 años de edad.

12 FCI. Resumen ejecutivo de la serie sobre Salud Sexual y Reproductiva de Lancet, 2006.

existiría un subregistro incluso mayor al de VIH/SIDA¹³. Los procesos migratorios internos, sumados a factores tales como el machismo, el escaso poder de la mujer para negociar el uso del condón, el consumo excesivo de alcohol, la falta de conocimiento sobre el VIH/SIDA y sus formas de transmisión y prevención, los altos índices de violencia y los prejuicios y falsas creencias acerca del tema, favorecen la rápida transmisión de las ITS y el VIH en el país¹⁴.

Desde el inicio de la epidemia del VIH/SIDA, en el año 1984, Bolivia caracterizó su epidemia en un **estadio incipiente**. Hoy, se encuentra en una **epidemia concentrada**: la prevalencia en algunos grupos de población que tienen comportamientos sexuales que les exponen a más riesgo para la transmisión del VIH, está por encima de 5%. Estos grupos constituyen potencialmente una población puente para la transmisión del VIH hacia otros grupos de la población, incluyendo a la población general.

Hasta el 2008 se notificaron 3.588 casos (2.424 personas que adquirieron el VIH y 1.164 casos de SIDA). Observamos que uno de cada tres casos (28,4%) se presenta en adolescentes y jóvenes, constituyéndose en el grupo de mayor riesgo. Casi el 90% de los casos están concentrados en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.

Los procesos migratorios, sumados a factores tales como el machismo, poder de la mujer para negociar el uso del condón, el consumo excesivo de alcohol, la falta de concienciación y conocimiento sobre el VIH/SIDA y sus formas de transmisión y prevención, los altos índices de violencia y los prejuicios y falsas creencias acerca del tema, favorecen la rápida transmisión de las ITS y el VIH en el país¹⁵.

Bolivia tenía el 2002 la segunda tasa de incidencia (55 x 100.000 mujeres) y de mortalidad (30,4 x 100.000 mujeres) de Cáncer del Cuello Uterino (CACU) más alta de toda América¹⁶. El CACU es una de las enfermedades más frecuentes en las mujeres de 35 a 64 años de edad. La tasa de incidencia sube a 151,4 por cada 100.000 mujeres de este grupo de edad.

El factor primario vinculado al CACU es la infección por una o más cepas oncógenas del virus del papiloma humano (VPH-16 y VPH-18), un virus que se transmite por vía sexual y que está presente en el 99,7% de los carcinomas de cuello uterino de América Latina y El Caribe¹⁷.

La infección por VPH puede evolucionar a una lesión preneoplásica, y si ésta no recibe tratamiento, puede transformarse en cáncer. Habida cuenta de que las lesiones precursoras causadas por el VPH normalmente tardan entre 10 y 20 años en convertirse en un cáncer invasor, la mayor parte de los cánceres de cuello uterinos pueden prevenirse mediante la detección precoz y el tratamiento anticipado de las lesiones preneoplásicas.

La incidencia de cáncer de mama en Bolivia es de 26,57 por 100.000 mujeres y la mortalidad por esta patología es de 8,71 por 100.000¹⁸. Exámenes periódicos y atención oncológica oportuna son procedimientos de alta efectividad para impedir el desarrollo de esta enfermedad, pero no existe una toma de conciencia adecuada sobre este mal ni en la población ni forma parte de la rutina de los servicios de atención primaria.

En Bolivia, el aborto constituye la tercera causa de muerte materna, contribuyendo con un 9,1% al total de muertes maternas; sin embargo, cuando se estratifican las defunciones maternas

13 Ministerio de Salud Plan Estratégico Nacional de Comunicación en ITS/SIDA 2003-2008

14 Protto JP, Schaaf D, Suárez ME, Darras C. Entorno epidemiológico y respuesta a la epidemia del VIH en Bolivia. Rev Panam Salud Pública. 2008;23 (4):288-94.

15 Protto JP, Schaaf D, Suárez ME, Darras C. Entorno epidemiológico y respuesta a la epidemia del VIH en Bolivia. Rev. Panam. Salud Pública. 2008;23(1):288-94

16 Ferlay et al. GLOBOCAN 2000 y 2002 Lyon: Agencia Internacional para Investigaciones en Cáncer / International Agency for Cancer Research (IARC).

17 Lewis, Merle J. Análisis de la situación del Cáncer Cérvico uterino en América Latina y El Caribe, OPS: 2004.

18 GLOBOCAN 2000 IARC CANCER BASE.



por edad gestacional, se muestra que el 15,1% de las mismas se produjo antes de cumplir el quinto mes de embarazo y según la Encuesta Poscensal de Mortalidad Materna del año 2000 (EPMM), entre las muertes maternas que corresponden a los cinco primeros meses de gestación está incluido el aborto inseguro, pero también decesos por causas externas, es decir: homicidios, suicidios y accidentes.

El aborto constituye un inmenso problema de salud pública¹⁹. El aborto tiene consecuencias discriminatorias en las mujeres que se someten a ellos, dado que se trata de un procedimiento más o menos seguro dependiendo de la capacidad económica de la mujer, estableciéndose una relación directa entre el mayor riesgo de mortalidad y los recursos económicos con los que se cuenta. De esta manera, quienes tienen mayores recursos pueden acceder a procedimientos más seguros para practicarse un aborto, a diferencia de aquellas personas que no tienen recursos económicos. Las defunciones como consecuencia de un aborto inducido, no resuelto o complicado, en su mayoría son prevenibles.

19 El Estado boliviano trabajó en la incorporación y consideración del problema del aborto como problema de salud pública en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994)

“La violencia sexual y basada en el género, incluidos los malos tratos físicos y psicológicos, la trata de mujeres y niñas, así como otras formas de malos tratos y la explotación sexual exponen a las niñas y a las mujeres a un alto riesgo de padecer traumas físicos y mentales, así como enfermedades y embarazos no deseados”²⁰. Se ha identificado que las mujeres que sufren abusos tienen una probabilidad dos veces mayor que el resto de mujeres, a tener estados deficientes de salud, incluyendo la salud reproductiva y salud sexual, y de tener problemas tanto físicos como mentales. Las mujeres que sufren violencia también tienen un mayor riesgo de contraer ITS, incluido el VIH/SIDA, y de abortar en condiciones inseguras.

Más del 22% de las mujeres en unión reportan haber sido empujadas, golpeadas con las manos o los pies, con objetos, intentado estrangularlas o tener relaciones sexuales forzadas, durante el año anterior a la ENDSA 2008.

Cerca a la menopausia, si bien la fertilidad de la mujer disminuye, persiste el riesgo de un embarazo no deseado. El embarazo en este periodo plantea mayores riesgos para la salud de ella y el feto. Así mismo, los cambios hormonales pueden afectar la vida sexual de hombres y de mujeres, por lo que es importante brindar información sobre los mismos y tratar, si fuera necesario. Gran parte de los adultos mayores bolivianos son sexualmente activos y no están protegidos de ITS, incluyendo el VIH.

Desde una perspectiva del ciclo de vida y del ciclo de exclusión social, el desarrollo de la salud sexual de la población boliviana muestra importantes deficiencias desde la niñez y se verifica en mayor medida entre las poblaciones más pobres, como resultado de una cultura patriarcal y machista, que subsiste en gran parte de las familias, en las escuelas y en las instituciones. Una educación sexista, reforzada por

20 Informe de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995, p. 99.

comportamientos abusivos y violentos, en el seno mismo de las familias, condiciona un obsesivo deseo de demostrar la virilidad precoz de los varones y la pasividad permanente de las mujeres, tanto como el sometimiento a la oscuridad o la represión de cualquier manifestación no heterosexual.

En muchas familias se ve con naturalidad la incorporación activa de los varones a la vida sexual

mientras se sanciona cualquier tipo de manifestación similar de las mujeres. En ambos casos, la cosificación de los cuerpos como meros organismos biológicos traslada las regiones del placer y el amor a la esfera de lo oculto, de lo reservado, del misterio que no siempre lleva hacia una vida sexual plena y satisfactoria, sin armas para decidir y obrar con libertad y responsabilidad, con muchas razones para sufrir y vivir mal.



Capacidad de respuesta

Existe una gran cantidad de instrumentos legales favorables a la salud sexual y reproductiva, empezando por la nueva Constitución Política del Estado, fruto de convenios y tratados internacionales refrendados por el país, de los avances tecnológicos y científicos, de la maduración de las políticas públicas y de las luchas de los movimientos sociales. Sin embargo, en la normativa jurídica nacional prevalecen enunciados contradictorios o parciales que dificultan la aplicación de los mismos, obstaculizan el ejercicio de los derechos y criminalizan prácticas riesgosas en lugar de prevenirlas.

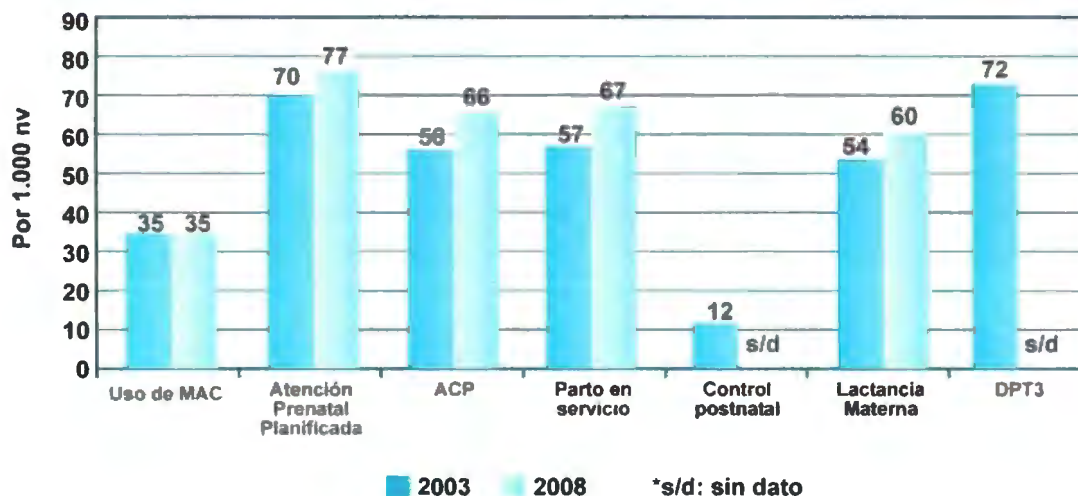
Se conocen, y se han adoptado institucionalmente, prácticas basadas en evidencias que mejoran la salud sexual y reproductiva de las personas, especialmente en el área materna, perinatal y neonatal, así como se cuenta con normas y protocolos de atención muy precisos y razonablemente actualizados en casi todos los temas importantes.

Sin embargo, los cuidados de la salud sexual y reproductiva no han sido asumidos a plenitud ni en las familias ni en las comunidades ni en las instituciones del Estado, pese a los importantes avances en los servicios. Los resultados son modestos y los desafíos enormes.

Algunas de las intervenciones básicas muestran un incremento de coberturas poco alentador, posiblemente debido a la subsistencia de barreras geográficas, culturales y económicas importantes, bastante discutidas y poco tomadas en cuenta para las decisiones.

Gráfico Nº 2

Cobertura de intervenciones para disminuir la mortalidad materna



Fuente: INE, ENDSA, 2003-2008 (p)

En cinco años, el porcentaje de partos atendidos por personal médico se ha incrementado del 56 al 66 por ciento en todo el país, con grandes diferencias por área de residencia (87 urbano – 48 rural) y nivel de educación (35 sin educación y 97 con educación superior), ENDSA, 2008.

El insuficiente acceso a los servicios constituye un importante problema, especialmente cuando se evidencian marcadas diferencias entre la población urbana y rural, las personas con o sin educación o la población con mayores ingresos o la sumida en la pobreza. En regiones alejadas la escasez de servicios y cuidados de emergencia es notable, pese a la cantidad de esfuerzos realizados hasta el presente desde una óptica centralizada y hospitalaria, como la que prevalece en la organización de los servicios.

Buena parte de las mujeres indígenas y sin instrucción han sido prácticamente excluidas de los beneficios de la información y de las ventajas de la anticoncepción, de la atención calificada del parto, de la prevención y tratamiento de enfermedades, de los cuidados de su salud sexual y de la protección legal contra la violencia.

Pero es en el tema de la calidad donde mayores dificultades se tienen, como muestra claramente la poca incidencia de estos incrementos en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Los servicios no han mejorado su capacidad resolutoria y competencia técnica, no se brinda una atención calificada del parto y las mujeres siguen falleciendo en sus domicilios o en los hospitales.

Si bien la atención obstétrica y neonatal es parte de las prestaciones del SUMI (eliminando la barrera económica de acceso a los servicios), el sector de salud ha puesto de manifiesto que existen barreras para universalizar la atención, tanto por el lado de la oferta, debido a la insuficiencia de los recursos para atender poblaciones alejadas de las ciudades, como también por barreras de la demanda, expresadas en inadecuación de los servicios a las prácticas culturales en el parto y la falta de calidad en la atención.

No sólo las brechas existentes en el acceso a la atención oportuna y de calidad son factores que limitan el cuidado de la salud sexual y reproductiva de la población. También es necesario reconocer los efectos de una importante cantidad de elementos

del conjunto de las condiciones de vida, trabajo, recreación, educación, cultura, participación, salud y organización, que influye decisivamente en la deteriorada situación de salud sexual y reproductiva.

La amplia apertura a la participación de la sociedad civil y los grupos organizados en diferentes ámbitos de la temática, fundamentalmente en su rol activo y de incidencia política para el logro de sus reivindicaciones, la labor en acciones replicadoras de la promoción de la salud y la prevención del VIH/SIDA, tienen un invaluable avance cualitativo.

El apoyo de los organismos de cooperación, sinergiza este encuentro de voluntades para revertir los problemas de la salud sexual y reproductiva; sin embargo, aún queda mucho por mejorar en procura del acceso universal a la atención.

La subvaloración de la salud sexual y reproductiva, la incompreensión de los efectos socioeconómicos negativos que acarrear las malas situaciones de salud, las inequidades sociales, la discriminación y las persistentes debilidades institucionales, en todos los niveles de gestión de los recursos disponibles, forman parte de una cultura institucional resistente a los cambios necesarios para enfrentar estas preocupaciones.

Una deficiente y discontinua programación y ejecución de estrategias de comunicación educativa ha interrumpido el avance del posicionamiento de los derechos y la salud sexual y reproductiva en la población, en los servicios y entre los actores claves del proceso, revelando un pronunciado descenso en algunas de las prácticas fundamentales.

Se ha producido, por ejemplo, un pequeño aumento del porcentaje de mujeres en unión conyugal que usaban algún método de anticoncepción entre el 2003 y el 2008 (58% al 61%), mucho menor al registrado en los cinco años anteriores, y bastante lejos del total

de mujeres con necesidades insatisfechas, que suman cerca de 20% de las mujeres en unión, luego de varios años de desarrollo de importantes iniciativas en salud para ayudar a las parejas y en especial a las mujeres a prevenir embarazos no deseados mediante la oferta de información, orientación y servicios de anticoncepción, para permitirles ejercer su derecho a decidir libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Algunas tecnologías disponibles, como la anticoncepción de emergencia, un método anticonceptivo que está disponible a la población mediante el SUMI, para que las mujeres puedan usar si quieren prevenir un embarazo no deseado después de una relación coital sin protección son conocidas por muy pocas mujeres y hombres.

En cambio, el constante crecimiento de la atención del parto por médicos revela una mayor toma de conciencia respecto a las mejores oportunidades de responder a la maternidad y a la emergencia obstétrica y neonatal, cuando existen condiciones para ello, gracias a la intensa difusión de estos servicios.

Subsisten grandes dificultades en la comunicación para reconocer los problemas de salud sexual y reproductiva de las mujeres, de los hombres, de las familias y comunidades, especialmente entre las poblaciones pobres y alejadas, coartando innecesariamente la posibilidad de obtener la atención que les corresponde por derecho. El bajo nivel educativo de las mujeres ha impedido el uso de los servicios, incluso en atenciones críticas como el parto institucional. Mas hombres (88%) han escuchado hablar de la infección por VIH que mujeres (79%), casi en los mismos porcentajes que en 2003 (86 y 76). 100% de las mujeres con educación superior y 34% de las mujeres sin educación.

Es poca la información que existe acerca de los procesos y dinámicas de la sexualidad y sus determinantes en ciertas poblaciones, que permita

diseñar estrategias adecuadas de prevención y atención para disminuir la tasa de ITS y VIH/SIDA, promoviendo cambios de comportamiento. Varios estudios demuestran que una alta proporción de la población desconoce las ITS/VIH/SIDA y sus posibilidades de prevención²¹.

En diez años se ha logrado incorporar y consolidar, como práctica regular de muchos hospitales, la Atención de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo (AHPME), priorizando la técnica de la aspiración manual intrauterina (AMEU), por su mayor eficiencia y menor costo, como atención cubierta por el SUMI. Se está tratando de extender esta tecnología hacia el primer nivel de atención y hacia el área rural. El uso del misoprostol ha sido aprobado y se hacen esfuerzos para que las normas establecidas puedan ser aprehendidas por todo el personal de salud, para hacer más fácil la respuesta oportuna a las necesidades de las mujeres. Sin embargo, existe la certeza de que gran parte de las mujeres no accede a estos servicios avanzados, lo hace en forma tardía o se enfrenta a una serie de obstáculos institucionales.

Desde 1993, en Bolivia se cuenta con anticonceptivos (de donación) distribuidos o administrados por los servicios de salud públicos y desde 1999 pueden ser adquiridos con recursos municipales al estar incorporados como parte de las prestaciones del SUMI. Las mujeres que así lo deciden acceden, sin costo, a condones masculinos, DIU, inyectable trimestral, píldoras, anticoncepción de emergencia, ligadura de trompas (salpingoclasia) y collar del ciclo. Existe una normativa actualizada y vigente en anticoncepción²²; por otro lado, el SUMI cuenta con protocolos²³, en los cuales también se incorporaron los anticonceptivos.

21 Universidad Andina Simón Bolívar. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales para las infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA: municipios de Poroma y Tarabuco, Departamento de Chuquisaca. Sucre: UASB-ONUSIDA; 2006.

22 MSD. Norma nacional, neglas, protocolos y procedimientos en anticoncepción. Bolivia 2004.

23 MSD. Protocolos del SUMI. Bolivia 2006.

Pero la utilización de servicios de anticoncepción es baja. Algunos servicios no ofertan la gama completa de métodos de anticoncepción, no obstante disponer de los mismos; y algunos, presentan desabastecimiento, generando la desconfianza de la población con respecto a los servicios y los métodos. Por otro lado, los proveedores de servicios que no hablan el idioma nativo tienen dificultades para brindar información sobre anticoncepción. La salpingoclasia y la vasectomía son también métodos efectivos que debieran ser parte de la oferta de métodos anticonceptivos; sin embargo, son muy pocos centros los que lo hacen.

Las intervenciones para controlar las ITS funcionan a nivel individual, de pareja y de la población. Se ha demostrado que en el nivel individual reducen la morbilidad de las personas y mejoran el manejo clínico. Pero, existe una brecha entre la práctica y la evidencia. El monitoreo suele ser inadecuado y existen dudas sobre la transmisión, la duración de la infección y la historia de muchas ITS.

Las prevalencias de VIH/SIDA notificadas en los grupos poblacionales cubiertos por los centros centinela establecidos en siete regiones del país han sido consistentemente inferiores a 1%. A partir de la información disponible, se estima que es muy baja la cobertura de los servicios públicos de diagnóstico y atención para poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres (<5%) y trabajadoras sexuales (<30%)²⁴. Por este motivo, estos grupos son considerados de alta importancia y vulnerabilidad.

Aun sin vencer las resistencias de algunas iglesias y de la persistencia del patriarcalismo cultural de muchos sectores de la población, el posicionamiento de la medicina tradicional y de la salud intercultural en la agenda oficial del Ministerio de Salud, viene consolidando mejoramientos en la calidad de las prestaciones en los establecimientos de salud, en áreas como la atención de la maternidad con enfoque

24 Op.cit.

intercultural y, en menor medida, en la atención del recién nacido, sobre todo en la región andina. Muy poco se ha avanzado en otros componentes de la salud sexual y reproductiva, así como en las zonas bajas de Bolivia.

Los servicios de salud, en correspondencia con la lógica patriarcal y excluyente que permea todavía el comportamiento de la sociedad sobre la sexualidad, no tienen desarrolladas intervenciones dirigidas a los hombres y son apenas incipientes las atenciones especiales a adolescentes, adultos mayores o personas Gay, Lésbico, Bisexual, otras (GLPB).

Las políticas de salud promueven en la adolescencia un ejercicio saludable de su sexualidad; si un o una adolescente ya tiene vida sexual activa, debiera protegerse con un método anticonceptivo efectivo, sin embargo, según la ENDSA, 2008, la utilización de anticoncepción por los/as adolescentes (15-19 años) y jóvenes, aún es baja (4,6% de métodos modernos y 23,3% respectivamente). Cuando comparamos la evolución de la demanda insatisfecha según las ENDSA, 2003-2008, se observa que esta disminuyó en todos los grupos etáreos, excepto justamente en el quintil que corresponde a adolescentes.

No obstante los esfuerzos realizados por los gobiernos nacional, departamentales y locales para garantizar los recursos suficientes para la provisión de los servicios de salud sexual y reproductiva, existen fuertes deficiencias en los procesos de adquisición, distribución, almacenamiento y utilización de los insumos y medicamentos, incluidos los métodos de anticoncepción, restringiendo la capacidad resolutive de los servicios y limitando el acceso de la población a los mismos.

Se han establecido el Sistema Nacional Único de Suministros (SNUS) y el Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos (SALMI), con el fin de normar las actividades y procedimientos técnicos y administrativos para



poner en práctica el ciclo logístico de insumos y medicamentos utilizados en el sector salud²⁵.

La Central de Almacenamiento de Suministros de Salud (CEASS) es el operador del MSD y debiera ser el único proveedor de anticonceptivos; sin embargo, algunas organizaciones no gubernamentales ofrecen medicamentos y métodos anticonceptivos subvencionados, al sector público de salud. Actualmente, las Farmacias Institucionales Municipales (FIM) son responsables de la administración logística de insumos y medicamentos en los establecimientos de salud del sistema público.

El sector público es el mayor proveedor de inyectables, ligadura de trompas y DIU (métodos que necesitan procedimientos para su administración). Con relación a los condones y píldoras, estos tienen algunas restricciones en su provisión (especialmente en los servicios públicos), ya que tienen (en el marco del SUMI), un requerimiento administrativo que es el Recetario-recibo firmado por un médico obligando a la usuaria a sacar ficha, pasar por enfermería,

25 El ciclo logístico considera la selección, programación, adquisición, almacenamiento, distribución y uso racional de insumos y medicamentos

consulta médica, etc., para recién proveerse de los mismos.

Un estudio²⁶ mostró el 2008 que las FIM están, en general, sobreabastecidas de anticonceptivos y que hay pocas con desabastecimiento. Se ha detectado que no se cumplen a cabalidad las normas y procedimientos para la administración de medicamentos, incluyendo anticonceptivos, proceso que necesita capacitación, supervisión, monitoreo y seguimiento.

Aún son insuficientes los esfuerzos por compatibilizar los procesos participativos del sector salud (comités locales de salud, agentes comunitarios, médicos tradicionales y brigadas SAFCI), entre otros, con organizaciones defensoras de los derechos sexuales y reproductivos, los proyectos y otros movimientos, como las personas con discapacidades, agrupaciones juveniles, organizaciones indígenas, personas con identidades sexuales diversas, etc.

Lamentablemente, estos y otros hechos reveladores de los resultados y limitaciones de las acciones en salud sexual y reproductiva no están siendo adecuadamente registrados, evaluados y menos empleados para las decisiones en todos los niveles de gestión.



26 MSD, UNFPA. Resultados del estudio del estado de abastecimiento y procesos logísticos de anticonceptivos en establecimientos de salud en el sector público de Bolivia. 2008.



Salud sexual y reproductiva para vivir bien

La nueva Constitución Política del Estado, la conquista de diversos escenarios políticos y de poder por parte de los pueblos indígenas y originarios, el resurgimiento de las economías comunitarias, el aprovechamiento y control estatal de los recursos naturales, la descolonización de la educación y la emergencia de gobiernos autónomos subnacionales han abierto un proceso irreversible de cambios estructurales que apuntan a la construcción de una sociedad plurinacional más justa y más equitativa, bajo el signo del vivir bien, con uno mismo y con los demás, en armonía con la naturaleza, con acciones y políticas redistributivas y en ambientes saludables y protegidos.

El gobierno se encuentra implementando el Plan Nacional de Desarrollo para Vivir Bien, apuntalando los recursos y energías nacionales hacia una Bolivia digna, democrática, productiva y soberana. En salud, el nuevo paradigma es la construcción de un sistema de salud único, universal, equitativo, intercultural, participativo, con calidad y control social.

Así como la Constitución Política del Estado “garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos”²⁷,

²⁷ Nueva Constitución Política del Estado, Bolivia, octubre de 2008.

el Plan Estratégico Sectorial de Salud 2007-2010, pretende garantizar la mejor situación posible de la salud sexual y reproductiva de la población, en el corto y mediano plazo.

En forma integral se ha planteado como política sanitaria:

- Aumentar los años de vida saludable a través de programas de promoción de la salud.
- Eliminar la exclusión social en salud implementando el Seguro Universal de Salud y el modelo SAFCI que fortalece las Redes de Servicios articulando a la medicina tradicional.
- Implantar la participación y movilización social con la gestión compartida en redes municipales.
- Recuperar la soberanía sanitaria y el rol rector del Ministerio de Salud y Deportes por medio del Sistema Universal de Salud.

El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y el modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (SAFCI) son las estrategias que buscan integrar las prestaciones de salud para lograr un

mayor impacto en la salud de las comunidades. Así mismo, se ha lanzado el bono Juana Azurduy, que busca mejorar las coberturas de los controles prenatales, parto institucional y controles posparto, además de los controles de salud para el niño. Estas estrategias que buscan mejorar el acceso a servicios deben ser complementadas con fuertes medidas para mejorar la calidad de las intervenciones y para que se garantice una política del “buen trato” tomando en cuenta las necesidades específicas y respetando valores culturales de los diferentes grupos poblacionales de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, diversidades sexuales y etnias.

Las normas y protocolos deben ser actualizados, incorporando las buenas prácticas basadas en la evidencia médica, pero también deben ser promovidos y apoyados para su utilización efectiva en los establecimientos de salud a tiempo de consolidar aquellas que aún les falta posicionarse en la práctica de los servicios.

El Ministerio de Salud tiene conciencia de lo que hay que hacer para que la población tenga acceso a la salud sexual y reproductiva. Entre intervenciones más importantes se pueden citar algunas de las asumidas para reducir la mortalidad materna y neonatal²⁸:

- Asegurar que todas las personas tengan acceso a información, orientación y servicios de anticoncepción.
- Asegurar que toda mujer y recién nacido/a tenga acceso a atención calificada²⁹ durante su embarazo, parto y posparto. Para que esto

²⁸ Grupo de Trabajo Inter-agencial Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. Consenso Estratégico Inter-agencial para América Latina y El Caribe 2003

²⁹ La atención calificada se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su bebé reciben los cuidados adecuados durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el periodo de posparto y neonatal, ya sea que el parto tenga lugar en el hogar, el centro de salud o el hospital. Para que esto ocurra, el proveedor debe tener las destrezas necesarias y además contar con el apoyo de un entorno habilitado en varios niveles del sistema de salud



ocurra, los proveedores de salud (médicos/as, y/o enfermeros/as) deben tener las destrezas necesarias; contar con el apoyo de un sistema de salud eficiente con políticas, normas y regulaciones claras que les respalden; con la administración adecuada de suministros, equipamiento e infraestructura; y con el apoyo de un eficiente sistema de comunicación, referencia y transporte.

- Garantizar que todas las mujeres y recién nacidos/as tengan acceso a Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia (COEm) para poder detectar y tratar las complicaciones obstétricas.

Se debe ayudar a las parejas y, en especial, a las mujeres a prevenir embarazos no deseados a través de la oferta de información, orientación y servicios de anticoncepción, para permitirles ejercer su derecho a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos.

La inclusión en la currícula escolar de los derechos de la mujer respecto a su sexualidad y el tamaño del hogar deseado, podría contribuir a evitar embarazos no deseados, violencia y ampliar los espacios intergeneracionales, reduciendo la probabilidad de muerte de las madres, en general, y de las madres indígenas

en particular. Es importante señalar que el núcleo escolar es el primer contacto de las comunidades monolingües, por lo tanto, cualquier mecanismo de aproximación de la oferta de servicios a estas comunidades requiere el concurso de acciones de educación.

Los hombres y mujeres con capacidades diferentes tienen derecho a disfrutar plenamente de su salud sexual y reproductiva, debiendo recibir una atención diferenciada. Los proveedores de servicios deben tener competencias para asistir apropiadamente a estas personas de acuerdo a su necesidad en todos los componentes de la salud sexual y reproductiva, en los establecimientos de salud o desplazándose a los domicilios en caso necesario. Por otra parte, los establecimientos de salud deben adecuarse y permitir el fácil acceso de estas personas. Es imperativo desarrollar competencias en logística con los equipos técnicos de redes y FIM.

Es a partir de la aprobación de la Nueva Constitución Política del Estado que se abre la posibilidad de acciones y políticas a favor de personas homosexuales y bisexuales, para la protección de sus derechos, por lo que se debe tratar de facilitar su acceso a los servicios e información sobre salud sexual y reproductiva, de modo que puedan aspirar a una vida sexual satisfactoria y placentera.

Los servicios de salud sexual y reproductiva no mejorarán si no se incorporan decididamente contenidos de adecuación intercultural y respeto a la autodeterminación de las mujeres, tanto en la atención de la maternidad como en la promoción de prácticas saludables, en la mayor y mejor incorporación de los hombres en los cuidados de la salud, en la complementación de las diversas medicinas en la búsqueda del vivir bien, en el mantenimiento de la reserva, la intimidad y las propias percepciones de las personas, en la prevención y en el reconocimiento de riesgos, en el acompañamiento de la libertad de decisiones sobre el manejo del cuerpo y la sexualidad

de los niños, jóvenes, adultos y mayores, en el respeto a la diferencia de opciones sexuales y capacidades.

En ese sentido, forman parte de este Plan Estratégico de Salud Sexual y Reproductiva, la ejecución de las varias disposiciones legales que regulan e incentivan la prevención del VIH/SIDA, la eliminación de toda forma de discriminación contra las mujeres, la incorporación de contenidos curriculares de educación sexual para la vida, la protección de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y adultos mayores, la erradicación de la violencia sexual y de género, el control y el tratamiento del CACU y del cáncer de mama, la provisión de información y servicios de anticoncepción sin condiciones, la prevención y tratamiento de las complicaciones del aborto y todos los servicios destinados a la maternidad segura. Contribuyen a sus propósitos varios otros planes de salud que operacionalmente delimitan mayores precisiones técnicas y metodológicas en cada uno de estos componentes y podrán generarse otros, en los aspectos relevantes menos trabajados hasta el presente.

Lo importante es que la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva puede ayudar a reducir oportunidades perdidas y alcanzar a un público más amplio (salud materna, cáncer de cuello uterino y mama, anticoncepción y manejo sindrómico-etiológico de ITS/VIH/SIDA, sexualidad y violencia). El SUMI permite brindar estudios de laboratorio diagnóstico y tratamiento de ITS, que podrían extenderse a todos los servicios de salud sexual y reproductiva. Al tratar temas de sexualidad con adolescentes y jóvenes heterosexuales, homosexuales y bisexuales se podría, fácilmente, agregar un componente de educación y prevención de las enfermedades de los órganos reproductivos y los riesgos asociados a la maternidad. El tratamiento de las hemorragias de la primera mitad del embarazo siempre tiene que estar acompañado de la referencia a otros servicios, especialmente a la anticoncepción post aborto.

Pero, como se ha visto, no se trata solamente de optimizar las intervenciones y los cuidados al obrar en forma articulada y asociada en los servicios de salud; también es necesario, calcular y prever el comportamiento concurrente de otros sectores en la producción de mejoras de las condiciones de salud sexual y reproductiva, desde el empoderamiento de las mujeres en la toma de las decisiones que las afectan, la cruzada educativa por la salud sexual, el perfeccionamiento y profundización de las disposiciones jurídicas de protección de los derechos de las mujeres, la eliminación de toda forma de discriminación, la protección contra la violencia y toda otra acción que posibilite mayor control de los determinantes de la salud sexual y reproductiva de todos y todas.





Propuesta

Visión

Hombres y mujeres ejercen plenamente sus derechos sexuales y reproductivos con la garantía de sus condiciones óptimas de salud y en armonía con sus identidades culturales, opciones sexuales, condición de género y a lo largo de todo el ciclo de vida, libres de toda forma de discriminación y violencia.

Misión

Proporcionar, promover y constituir normas, conocimientos, procedimientos, capacidades, tecnologías y motivaciones para el cuidado y la atención oportuna de las necesidades de salud sexual y reproductiva de mujeres, hombres, familias y comunidades de acuerdo a sus parámetros culturales, opciones sexuales, condición de género y a lo largo de todo el ciclo de vida, libres de toda forma de discriminación y violencia, con la participación protagónica de las comunidades, asumiendo la gestión familiar, comunitaria e intercultural del sistema de aseguramiento universal como estrategia de implementación del Plan.

Objetivo general

Favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres, en las diferentes etapas del ciclo de vida, con enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad, mediante organización de servicios de salud de calidad, la coordinación interinstitucional, intersectorial e interagencial y la participación protagónica de individuos, familias y comunidades haciendo énfasis en la reducción de los factores y comportamientos de riesgo y la atención a grupos con necesidades específicas.

Metas:

Hasta el año 2015³⁰

- Contribuir a reducir la razón y las brechas de mortalidad materna en 40% (línea de base, ENDSA, 2003: 229).

³⁰ Estas metas son indicativas y deberán ajustarse con los responsables y organizaciones asociadas, de acuerdo a sus propios planes, proyecciones y recursos.



Reducir la tasa y las brechas de mortalidad neonatal en 20% (línea de base, ENDSA, 2008: 27 por mil nacidos vivos).

Disminuir la necesidad insatisfecha de acceso a anticoncepción en 11% con relación al 2008, (de 20,2% a 18%).

Implementar la Atención Integral a las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo (AIHPME) en el 100% de los establecimientos de salud cabecera de red y en servicios de salud rurales de primer nivel de atención priorizados.

Realizar el rastreo del cáncer de cuello uterino mediante Papanicolaou e inspección visual con ácido acético al 50% de las mujeres de 25 a 65 años.

Asegurar el tratamiento y seguimiento del 100% de mujeres con lesiones intraepiteliales de bajo y alto grado en cuello uterino.

- Asegurar el tratamiento para el 100% de PVVS con drogas antirretrovirales.

Objetivos intermedios

- Garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos en salud.
- Asegurar la utilización óptima de las capacidades nacionales, interinstitucionales e intersectoriales en el mejoramiento de la SSR de la población.
- Fortalecer las capacidades gerenciales, de planificación, supervisión, monitoreo y evaluación en todos los niveles de gestión de la salud.
- Incrementar la demanda de servicios de SSR de calidad de hombre y mujeres excluidos de sus beneficios.
- Mejorar la calidad y oportunidad de los servicios de SSR en función a las expectativas y necesidades de los usuarios.
- Ofrecer atención diferenciada de servicios de SSR a grupos poblacionales especiales.
- Lograr una logística de insumos y medicamentos altamente eficiente, oportuna y suficiente, para brindar servicios de calidad.
- Brindar servicios de SSR adecuados culturalmente.

Principios del Plan

- El Plan asume los principios básicos del derecho a la vida, a la integridad física, a la equidad de género y generacional, a la participación, solidaridad, justicia social y reciprocidad, en el

marco del respeto a la diversidad cultural que tiene Bolivia.

Derechos sexuales y derechos reproductivos:

- A partir de la CIPD de 1994, la salud sexual y salud reproductiva, como componente integral de la salud, se reconoce como un derecho fundamental que incluye la integridad sexual, el derecho a elegir, la educación y el acceso a la atención de salud.
- En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995), se ratifican las resoluciones de El Cairo, se incorpora la salud sexual y salud reproductiva de la adolescencia³¹ y se incluye la salud sexual y los derechos humanos de la mujer.
- “Se reconoce que los derechos sexuales y derechos reproductivos son parte de los derechos humanos que toda persona, sin importar su sexo, color de piel, edad, orientación sexual, religión, partido político tiene derecho a ejercer. Su finalidad es que el ser humano pueda disfrutar de una vida digna y desarrollarse plenamente y sin discriminación, riesgo, amenaza, coerción y violencia en el campo de la sexualidad y reproducción³².”

Algunos de los principales derechos sexuales son:

- El derecho a la integridad corporal y a la autonomía en el control del cuerpo.
- El derecho al más alto nivel de salud sexual.
- El derecho a la confidencialidad en el tratamiento de la sexualidad.

31 NN.UU. Informe de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, septiembre de 1995.

32 Coordinadora de la Mujer, Adecuación de la Normativa legal y de los Planes y Programas al enfoque de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Nueva Constitución Política del Estado. Bolivia, junio 2008.



- El derecho a la educación integral para la vida afectiva y sexual desde la niñez.
- El derecho a acceder a la orientación y consejería profesional, a la prevención y tratamiento de ITS – VIH/SIDA, hepatitis B y C, CACU, cáncer de mama y de próstata y disfunción sexual.
- El derecho a tomar decisiones sobre su sexualidad, libres de todo tipo de presión, violencia o discriminación.

Son derechos reproductivos:

- El derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espacio temporal entre los nacimientos.
- El derecho a la elección libre e informada de los métodos anticonceptivos, de la más amplia gama de alternativas, seguros y efectivos, de calidad y costo accesible.

El derecho a recibir orientación, atención integral y tratamiento técnico profesional durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia, incluyendo la atención de las emergencias y de las complicaciones del aborto.

El derecho a recibir asistencia en la interrupción del embarazo, en los casos regulados por ley.

El derecho a no ser discriminadas y ser protegidas en el trabajo o estudio por razón de embarazo o maternidad.

El derecho a acceder a la orientación y consejería, prevención y tratamiento de problemas de infertilidad.



Lineamientos estratégicos y operativos

Línea estratégica 1: Afirmación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el campo de la salud

Línea de acción 1.1: Formulación e implementación de estrategias y acciones de cabildeo, abogacía e incidencia para obtener una legislación apropiada del Art. 66 de la nueva Constitución Política del Estado³³.

Buscar consensos con autoridades en los diferentes niveles (nacional, departamental y local) relacionadas con la formulación, aprobación y divulgación de la reglamentación del Art. 66 de la CPE.

Implementar acciones de abogacía para la elaboración/actualización de leyes y políticas que favorezcan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres, heterosexuales, homosexuales y bisexuales.

Línea de acción 1.2: Posicionamiento de la salud sexual y salud reproductiva (en el marco del continuo de atención) en la agenda nacional, departamental y municipal (abogacía).

Realizar procesos de información y sensibilización sobre salud sexual y reproductiva a nivel nacional, departamental y municipal, con enfoque intercultural, género, generacional, holístico y de diversidad sexual.

Incidir activamente en los procesos de toma de decisiones políticas, normativas, técnicas, administrativas y financieras para la valoración de la inversión en salud sexual y reproductiva.

Línea estratégica 2: Reforzamiento de la coordinación interinstitucional e intersectorial

Línea de acción 2.1: Inclusión de contenidos de SSR en la currícula educativa de los niveles primario, secundario y superior.

Fortalecer la coordinación con el Ministerio de Educación y las entidades de educación media y superior, con la finalidad de desarrollar y consolidar los contenidos de SSR en la enseñanza formal.

Implementar procesos de Educación para la Vida y la sexualidad sana, con profesores y alumnos.

³³ El Art. 66 de la Nueva Constitución Política del Estado dice: "Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos".

Línea de acción 2.2: Coordinación para las acciones en salud sexual y salud reproductiva.

Fortalecer la coordinación con entre las Unidades del Ministerio de Salud (Servicios de Salud, Planificación, Promoción de la Salud, Epidemiología, etc.), los proyectos y los sistemas.

Fortalecer la coordinación interinstitucional e intersectorial al interior de la Mesa de Maternidad y Nacimiento Seguro, como un medio para que los actores del Estado y de la sociedad civil, que tienen responsabilidades y competencias en el tema, asuman un papel activo e integren alianzas en función del Plan Estratégico Nacional de SSR.

Apoyar la creación y consolidar los mecanismos de coordinación entre los servicios de salud y las instituciones de desarrollo local.

Línea estratégica 3: Mejoramiento gerencial en planificación, supervisión, monitoreo y evaluación

Línea de acción 3.1: Contribuir a la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de planes departamentales.

Acompañamiento en la elaboración y ejecución conjunta de los POA departamentales, para que respondan a las líneas estratégicas del Plan y concreten los postulados de la nueva Constitución Política del Estado, enfatizando la valorización de la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos de hombres y mujeres.

Promover la participación comunitaria en la elaboración de planes de acción en el marco de la gestión compartida en salud (SAFCI).

Implementar procesos de supervisión capacitante, monitoreo, seguimiento y evaluación de servicios integrales de salud y SSR en las redes de servicios.

Línea de acción 3.2: Apoyar y promover el diseño, elaboración, seguimiento, monitoreo y evaluación de indicadores de salud sexual y salud reproductiva.

Difundir la información generada por las ENDSA y otros estudios a fin de promover el análisis y la toma de decisiones fundamentales.

Consensuar una lista estandarizada de indicadores básicos sobre la oferta y uso de anticonceptivos, con fines de seguimiento, monitoreo y comparación nacional e internacional.

Promover la conformación y organización de equipos técnicos nacionales, departamentales y municipales, responsables de operacionalizar la supervisión, monitoreo, seguimiento y evaluación del Plan de SSR.

Gestionar la consideración prioritaria de indicadores relativos a SSR en la planificación y programación de los CAI nacional, departamental, de red, de servicio y hospitalario.

Línea de acción 3.3: Promover una mejor calidad de información del SNIS y su utilización en la toma de decisiones.

Fortalecimiento del SNIS para la implementación de sistemas e indicadores de seguimiento, monitoreo y evaluación de la situación de la SSR, las redes de servicios y de las instancias comunitarias incluidas en las redes de salud.

Incorporación en el SNIS de actividades de atención al/la adolescente y joven (tramos de edad de 10 - 14, 15 - 19 y 20 - 24 años), incluyendo variables relacionadas con el embarazo, anticoncepción, violencia sexual e ITS/VIH/SIDA.

Línea de acción 3.4: Fortalecer la utilización de Sistemas de Vigilancia en la generación de información para la toma de decisiones en SSR.

Consolidar la utilización del SIP y el SIP de Aborto (SIP-A) a nivel hospitalario y de red de salud.

Apoyar técnicamente a los SEDES y hospitales priorizados en la implementación del SIP-A y en la utilización de la información generada.

Implementar el Sistema Informático del Adolescente en los servicios diferenciados de atención y en hospitales de II y III nivel.

Fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna (SVEMM) reponiendo el Formulario de notificación mensual de defunciones maternas anexo al formulario de producción de servicios e incorporar procesos comunitarios de vigilancia.

Implementar el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del cáncer de cuello uterino y mama.

Línea de acción 3.5: Fortalecer el funcionamiento de los Comités de Análisis de la Información (CAI)

Promover el análisis de indicadores de SSR para la toma de decisiones.

Promover la participación activa de la comunidad y comités locales de salud, quienes conjuntamente el personal institucional tomen decisiones en el ámbito local basándose en la información analizada en el CAI Comunal³⁴.

Promover procesos de gestión de las redes de servicios de salud, basadas en la información y encaminados a impulsar esfuerzos que fortalezcan acciones de SSR considerando los determinantes de la salud.

³⁴ CAI Comunal, significa Comité de Análisis de Información de actividades en salud realizadas en un Puesto o en un Centro de Salud y de la situación de salud de la población correspondiente, donde el personal de salud, líderes, autoridades, representantes de organizaciones de base de la comunidad y el recurso humano comunitario capacitado, se reúnen periódicamente para analizar la información en salud y tomar decisiones oportunas y adecuadas que irán en beneficio de la comunidad y del servicio de salud. Se diferencia del CAI institucional por la participación activa y protagónica de la comunidad con su propia información, conocimientos, saberes y perspectivas.



Línea de acción 3.6: Promover el diseño y desarrollo de investigaciones operativas y estudios sociales con enfoque intercultural, género, generacional, holístico y de diversidad sexual

Promover el análisis y utilización de la información del estado de salud y los determinantes sociales de la población para identificar áreas temáticas de investigación.

Apoyar procesos de investigación de tecnologías innovadoras para mejorar la SSR, apoyando y/o generando evidencia sobre las intervenciones y prácticas efectivas.

Realizar investigaciones socio sanitarias (encuestas poblacionales de satisfacción, prácticas médicas tradicionales, salud intercultural y otras) para mejorar la calidad de la atención.

Promover la utilización de sistemas de información departamental y local para la implementación de investigaciones operativas.

Línea estratégica 4: Promoción de la demanda de servicios de SSR de calidad, en el marco de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Línea de acción 4.1: Fortalecer mecanismos de coordinación entre los servicios de salud y la comunidad en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Consensuar roles y responsabilidades familiares y comunitarias para el cuidado de la salud de toda la población que eviten factores innecesarios de riesgo.

Definir el proceso e instancias transparentes y eficaces para el ejercicio del derecho a la salud, a la salud sexual y salud reproductiva en todos los niveles del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Desarrollar procesos de capacitación e información sobre derechos sexuales y reproductivos. Con enfoque intercultural, género, generacional, holístico y de diversidad sexual.

Incorporar a las organizaciones sociales en los procesos de supervisión capacitante, monitoreo, seguimiento y evaluación en las redes municipales de salud.

Línea de acción 4.2: Incrementar y fortalecer el conocimiento de toda la población, en la prevención y detección temprana de comportamientos de riesgo en SSR.

Promover la participación comunitaria con enfoque de auto cuidado en SSR.

Promover la participación y el involucramiento de actores sociales municipales y locales (alcaldes, líderes/as comunitarios/as, iglesias, medios de comunicación, etc.) en procesos de movilización comunitaria y comunicación educativa en salud.

Involucrar a los hombres en la defensa y cuidado de la salud sexual y salud reproductiva.

Línea de acción 4.3: Desarrollar estrategias de comunicación multimedia para la promoción de las prácticas saludables con enfoque de género e interculturalidad. Generacional y de diversidad sexual

Desarrollar e implementar estrategias locales, regionales y nacionales de comunicación educativa multimedia en SSR (redes de radios, educación por entretenimiento, televisión, internet, información gráfica en servicios, en instituciones, centros de concentración, ferias, foros debate y otros).

Identificar y priorizar mensajes de cuidados esenciales para:

Adolescentes: Sexualidad, diversidad sexual, anticoncepción temporal y anticoncepción de emergencia, prevención del embarazo incluyendo el segundo embarazo, estilos de vida saludables, proyecto de vida, asertividad, resiliencia y autodeterminación. Derechos de los/as adolescentes, protección estatal, servicios y prestaciones.

Mujeres no embarazadas: Sexualidad, diversidad sexual, anticoncepción de intervalo, posparto y postaborto, anticoncepción de emergencia, rastreo y tratamiento del cáncer de cuello uterino, manejo sindrómico y etiológico de las ITS, diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH, etc.

Mujeres embarazadas: Sexualidad, atención a las hemorragias de la primera mitad del embarazo y al aborto impune; control prenatal, atención calificada del parto, nutrición e higiene en el hogar, control postnatal, reconocimiento de señales de peligro para la búsqueda inmediata de ayuda. Derechos de las mujeres, servicios y prestaciones.

Hombres, adultos mayores y personas con capacidades diferentes: Sexualidad, diversidad sexual, derechos sexuales y reproductivos, masculinidades, violencia sexual y de género, manejo sindrómico y etiológico de las ITS, diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH, prevención y tratamiento del cáncer de próstata, disfunciones sexuales, climaterio, etc.

Línea estratégica 5: Desarrollo de servicios de SSR para hombres y mujeres

Línea de acción 5.1: Implementar y fortalecer procesos técnicos para garantizar la atención integral en SSR.

Aplicar intervenciones efectivas basadas en las normas de atención en SSR.

Actualizar la currícula de las instituciones formadoras de recursos humanos del país a las normas de atención en SSR de (universidades, escuelas de enfermería, etc.).

Desarrollar e implementar un programa de desarrollo de competencias continuo y sostenible en atención integral en SSR.

Línea de acción 5.2: Asegurar la provisión de servicios integrales que respondan a las necesidades y expectativas de hombres y mujeres.

Promover la provisión de servicios integrales de SSR con adecuación intercultural y enfoque de derechos y género.

Planificación, ejecución, supervisión y evaluación de actividades en las Redes Municipales SAFCI orientadas a mejorar la salud sexual y salud reproductiva de manera participativa y sostenible.

Apoyar la aplicación de normas, protocolos e instrumentos del Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural en el marco de las redes de servicios, así como mecanismos de evaluación, que aseguren su eficacia en el marco de un enfoque integral y horizontal.

Fortalecer la provisión de servicios integrales de SSR que responda a las necesidades de:

Anticoncepción, incluyendo la anticoncepción de emergencia.

Prevención y atención de la violencia sexual y de género.

Prevención y atención de las ITS/VIH/SIDA (incluyendo la transmisión vertical)

Atención a la mujer y el recién nacido durante el embarazo, parto, posparto y lactancia.

Provisión de servicios integrales de SSR con énfasis en la detección y manejo oportuno de infertilidad.

Provisión de servicios integrales de SSR con énfasis en la prevención primaria, secundaria y tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino, mama y prostático.

Línea estratégica 6: Promoción de la atención diferenciada de servicios de SSR a grupos poblacionales especiales (adolescentes, personas mayores, personas con capacidades diferentes, GLBP).

Línea de acción 6.1: Fortalecer la provisión de servicios integrales de salud y SSR, respondiendo a las necesidades de los y las adolescentes:

Atención de la nutrición, crecimiento y desarrollo sexual y psicológico.

Prevención y atención de la violencia sexual y de género.

Información, orientación y servicios de anticoncepción para la prevención del primer y segundo embarazo en la adolescencia, incluyendo la anticoncepción de emergencia.

Prevención y atención de las ITS/VIH/SIDA, incluyendo la doble protección.

Atención en el embarazo, parto, posparto, recién nacido y postaborto.

Línea de acción 6.2: Fortalecer la oferta de servicios de SSR respondiendo a las necesidades y expectativas de personas mayores.

Atención a mujeres y hombres en el climaterio.

Coordinar acciones con grupos y asociaciones de personas mayores a fin de responder a sus necesidades y demandas.

Facilitar procesos de orientación en estilos de vida que les permita vivir su sexualidad saludablemente, promoviendo su nutrición y prevención de riesgos.

Promover servicios integrales de SSR, información, orientación y servicios de anticoncepción; prevención y atención de las ITS/VIH/SIDA y atención del climaterio

Línea de acción 6.3: Fortalecer la oferta de servicios de SSR respondiendo a las necesidades y expectativas de personas con capacidades diferentes.

Coordinar acciones con grupos y asociaciones de personas con capacidades diferentes a fin de responder a sus necesidades y demandas.

Facilitar procesos de orientación en estilos de vida que les permita vivir su sexualidad saludablemente,

promoviendo la nutrición, tratamiento y prevención de riesgos.

Promover servicios integrales de SSR incluyendo información, orientación y servicios de anticoncepción, prevención y atención de las ITS/VIH/SIDA.

Línea de acción 6.4: Fortalecer la oferta de servicios de SSR respondiendo a las necesidades y expectativas de personas GLBT.

Coordinar acciones con grupos y asociaciones de personas con grupos GLBT a fin de responder a sus necesidades y demandas.

Facilitar procesos de información y orientación en estilos de vida, que les permita vivir su sexualidad saludablemente, promoviendo la nutrición, tratamiento y prevención de riesgos.

Promover servicios integrales de SSR para hombres y mujeres GLBT.

Realizar acciones de información, orientación y servicios de prevención y atención de las ITS - VIH/ SIDA.

Línea estratégica 7: Mejoramiento de la logística de insumos, medicamentos y anticonceptivos.

Línea de acción 7.1: Fortalecer y consolidar el funcionamiento del SNUS/SALMI para asegurar la provisión de insumos, medicamentos y métodos anticonceptivos.

Promover la aplicación de las normas y procedimientos destinados a garantizar la disponibilidad oportuna de anticonceptivos seguros, eficaces y de calidad reconocida.

Mejorar el conocimiento y aplicación de las normas técnico administrativas para la selección, programación, adquisición, almacenamiento y distribución de medicamentos e insumos (incluyendo los anti-conceptivos), para otorgar un servicio farmacéutico eficiente y de calidad.

Consolidar la implementación y funcionamiento del SIAF en las Redes de servicios y hospitales.

Línea de acción 7.2: Promover el funcionamiento del Sistema de Información y Administración Logística (SIAL) de insumos, medicamentos y métodos anticonceptivos.

Incrementar conocimientos para mejorar el funcionamiento del SIAL en los servicios de salud.

Desarrollar competencias en los recursos humanos para el monitoreo de los niveles de existencia y de consumo de medicamentos e insumos de SSR para una adecuada y oportuna solicitud, almacenamiento, distribución y dispensación de los mismos.

Fortalecer la recolección de información exacta, veraz, oportuna, confiable y necesaria para el funcionamiento de todo el sistema logístico y la adecuada toma de decisiones.

Línea de acción 7.3: Fortalecer la provisión de insumos y medicamentos de SSR en las farmacias institucionales municipales (FIM) de hospitales y servicios de salud.

Consolidar la aplicación de normativas para la adquisición de insumos y medicamentos de SSR.

Apojar la elaboración de un listado básico de medicamentos.

Fortalecer el funcionamiento del “Módulo de Farmacia” del Sistema de Información y

Administración Financiera (SIAF) para sistematizar el SIAL en los establecimientos de salud.

Línea de acción 7.4: Fortalecer las boticas comunales con insumos y medicamentos de SSR, incluyendo los anticonceptivos.

Consolidar la implementación de Boticas Comunales en comunidades alejadas de establecimientos de salud, administradas por la comunidad y operadas por promotores de salud.

Fortalecer las Boticas Comunales con medicamentos esenciales y productos médicos tradicionales, bajo un listado básico que incluya insumos y medicamentos de SSR y anticonceptivos.

Línea de estratégica 8: Adecuación cultural de los SSR en los establecimientos de salud.

Línea de acción 8.1: Incrementar el conocimiento, la valoración y la utilización de las prácticas médicas tradicionales que permitan mejorar los servicios de SSR.

Estudiar, recuperar y sistematizar las mejores prácticas médicas tradicionales asociadas a la SSR.

Realizar perfiles epidemiológicos culturales de cada uno de los pueblos indígenas originarios, destacando los aspectos vinculados a la SSR.

Línea de acción 8.2: Implementar procesos de adecuación intercultural en los establecimientos de salud.

Promover la incorporación de parteras y médicos tradicionales en los equipos de salud familiar comunitaria intercultural.

Apojar la revisión de currículos de formación y capacitación de recursos humanos en salud con enfoque intercultural para la atención de la SSR.

Promover la incorporación consensuada de elementos culturales y naturales, representativos de los pueblos indígenas y originarios, en el diseño, equipamiento, organización y funcionamiento de los centros de salud.

Formular e implementar proyectos participativos de adecuación intercultural de los servicios y las prácticas de SSR.



Niveles de gestión y de atención

Niveles de gestión

El Sistema Nacional de Salud es único y está organizado por niveles que asumen competencias complementarias y concurrentes de acuerdo al régimen autonómico y descentralizado.

El Sistema Nacional de Salud establece cuatro ámbitos de gestión:

Nivel Nacional, correspondiente al Ministerio de Salud y Deportes (MSD), que es el órgano rector normativo de la gestión de salud, responsable de formular: políticas, planes, programas y estrategias nacionales, así como de dictar las normas que rigen el Sistema Nacional de Salud.

En este marco, la Dirección General de Servicios de Salud, a través de la Unidad de Servicios de Salud y Calidad, coordina la aplicación del Plan Estratégico de Salud Sexual y Reproductiva en todas las Direcciones Departamentales de Salud del país (DIDES), realizando supervisiones y evaluaciones periódicas.

Asimismo, establece una coordinación permanente con representantes de otras instancias del estado de los

órganos ejecutivo, legislativo y judicial involucrados en acciones relacionadas, con las organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, universidades e instituciones formadoras de recursos humanos en salud, agrupaciones y organizaciones sociales, organismos de defensa y vigilancia de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, agencias de cooperación y proyectos especiales, integrados en la Mesa de Maternidad y Nacimiento Seguros, cuyo funcionamiento está regulado por norma específica, además de otras instancias de coordinación y consulta con la sociedad civil.

El Sistema Nacional Único de Suministro (SNUS), está constituido por el Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos (SALMI), estableciendo la logística de acuerdo a las características y nivel de complejidad de los servicios. A fin de contar con información actualizada sobre la utilización y logística de los equipos de AMEU y métodos anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud, este subsistema responde al Sistema de Información y Administración Logística (SIAL).

El SNUS a través de los almacenes nacionales (CEASS), es responsable del envío oportuno de

insumos para mantener las existencias necesarias en los almacenes departamentales (CEASS regionales).

Nivel Departamental, correspondiente a la Dirección Departamental de Salud (DIDES), dependiente administrativamente de la Prefectura y técnicamente del MSD.

Es el máximo nivel de gestión técnica en salud del departamento. Articula las políticas nacionales y la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de los servicios de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo la participación comunitaria y del sector privado.

La Dirección Departamental de Salud promueve la difusión de las normas vigentes, su aplicación y supervisión en la red de servicios de Salud. Es responsable de mantener la información y el sistema de reportes y articula y coordina la dotación de insumos desde los Almacenes Nacionales, almacenándolos en las CEASS regionales, enviándolos a los establecimientos según requerimiento.

Nivel Municipal, correspondiente al Directorio local de Salud - DILOS.

Es responsable de la gestión municipal de salud en el ámbito de sus competencias y obligaciones establecidas en el marco legal vigente. El DILOS y la Coordinación Técnica de Red, organizan y supervisan la aplicación de la norma en la red de establecimientos de salud de su jurisdicción.

Envía trimestralmente al CEASS regional la solicitud de insumos y medicamentos. Son responsables de mantener la información y el sistema de reportes (con la DIDES). Recibe la dotación de insumos desde el CEASS regional, canalizándolos hacia los establecimientos operativos (constituyen instancias operativas del SNUS, las farmacias institucionales municipales (FIM), hospitalarias y boticas).

Supervisa la adquisición y entrega de equipos y medicamentos en la red de servicios, asegurando las existencias. Igualmente, supervisa la distribución comunitaria de métodos anticonceptivos, organizando su almacenamiento en las cabeceras de área o de sector. Es responsable de centralizar las solicitudes de insumos formuladas por los establecimientos de salud de su red.

Nivel Local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

Niveles de atención

Todos los establecimientos de salud están organizados en redes y por niveles de atención, para garantizar continuidad en las prestaciones y resolución de los problemas. La oferta de servicios de salud sexual y reproductiva es una oferta de toda la red de servicios de salud. La red cuenta, necesariamente, con capacidad para resolver las complicaciones que pueden presentarse en cualquier tipo de emergencias obstétricas y con un sistema de referencia y contra-referencia entre niveles y con otras instituciones del sector público, privado y no gubernamental.

Primer nivel

Comprende a los puestos y centros de salud y modalidades de prestación de servicio de nivel comunitario y municipal, bajo enfoques de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud.

La oferta de servicios en este nivel se enmarca en la consulta ambulatoria, la internación de tránsito en los establecimientos con camas, la promoción de la salud física, mental y social, la educación en salud y la prevención de las enfermedades, de manera integral e intercultural, en el establecimiento y en las visitas domiciliarias a la familia y comunidad.

El personal de salud, en el marco de sus funciones, es responsable de la aplicación de las normas durante la prestación de servicios de SSR.

Segundo nivel

Está conformado por el Hospital Básico. Corresponde a las modalidades que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y de internación hospitalaria en las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología, traumatología; servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico y otras de acuerdo a necesidades epidemiológicas según región.

En este nivel de atención, la promoción de la salud, la educación, la prevención primaria y secundaria se hará conformando grupos de auto ayuda y grupos de detección de riesgos y daños biológicos, siendo que este nivel de atención mantiene el enfoque integral, participativo, intercultural e intersectorial que es realizado por todo el equipo de salud.

Comprende las prestaciones de hospitales con personal calificado en SSR, incluyendo las emergencias obstétricas y neonatales.

Tercer nivel

Está representado por los hospitales generales e institutos especializados, que ofrecen atención terciaria caracterizada por especialidades para la atención de usuarios/as derivados o referidos de establecimientos de menor complejidad.

Sus actividades se caracterizan por: la consulta ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidades y sub especialidades, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad.

Oferta servicios en el manejo de todas las emergencias obstétricas y neonatales y desarrolla actividades

de capacitación e investigación en hospitales y maternidades. Apoya a los establecimientos del segundo y primer nivel.

Rol de la comunidad

Los Comités Locales de Salud, así como las otras instancias de representación comunitaria a nivel municipal, departamental y nacional, son conjuntos de recursos y capacidades de individuos, familias y comunidades dispuestas a generar procesos de movilización comunitaria en favor de la salud, concentrando esfuerzos en el desarrollo de planes y proyectos para la atención integral oportuna y de calidad.

El Comité Local de Salud es la representación orgánica de las comunidades ante el servicio de salud, corresponsable de implementar la gestión compartida en salud, que se constituye en un nexo entre el servicio y la comunidad. Es corresponsable, también, de impulsar la participación de la comunidad en la toma de decisiones en las acciones de salud.

Su labor central es la operacionalización de los procesos de prevención, abogacía, alianzas, comunicación, educación y movilización social, para actuar sobre las condiciones socioeconómicas de la comunidad, en base a la toma de decisiones adoptadas por la comunidad (barrio, tenta, ayllu, marka, capitanía, jatas u otras), en forma articulada con las autoridades locales y el equipo de salud, con quienes interactúan en los espacios tradicionales de organización (reuniones, asambleas, cabildos, etc.), según usos y costumbres.

Operativamente, una red social de salud sexual y reproductiva es una entidad específica de un Comité Local de Salud, que agrupa a muchas personas e instituciones organizadas e integradas a los servicios de salud. Algunas de ellas están más vinculadas

a las tareas de los centros y programas de salud específicos (ONG, responsables populares de salud, promotores, vigilantes, manzaneras y otros agentes comunitarios).

Una red social debe estar integrada por instituciones y organismos locales, mediante acuerdos y compromisos de acción conjunta para el cumplimiento de las funciones sociales concretas. Pueden ser incorporadas personas e instituciones de la comunidad que deseen colaborar voluntariamente en la gestión y control de la calidad de los servicios de salud, para realizar acciones de comunicación educativa, movilizaciones sociales para la identificación y traslado de personas (en caso de emergencia) y apoyo en procesos de vigilancia comunitaria.

Es responsabilidad de la comunidad velar por:

- La continuidad de la atención.
- Una atención sin discriminación alguna.
- El respeto a la individualidad, a las prácticas culturales saludables y a la necesidad de información de la población.
- La atención de calidad.
- El trabajo colaborativo y la gestión conjunta entre los servicios y la comunidad.

La organización comunitaria tiene las funciones de:

- Movilizar a mujeres, familias y comunidades en la identificación de necesidades, demandas y soluciones a sus problemáticas.
- Informar sobre la administración del servicio de salud, la oferta existente de prestaciones de salud sexual y reproductiva, incluyendo la atención integral de las hemorragias de la primera mitad del embarazo.
- Realizar un control permanente, informando, analizando y proponiendo medidas pertinentes, sobre el estado y el funcionamiento de los equipos e instrumental existente, la disponibilidad de insumos y medicamentos, el funcionamiento de las farmacias, el cumplimiento de las labores del personal de salud y la calidad de la atención que brinda a las mujeres con complicaciones obstétricas.
- Movilizar a la comunidad para la realización del seguimiento de las actividades del equipo de salud, del cumplimiento de los proyectos priorizados en la comunidad y para la realización de la vigilancia epidemiológica comunitaria y para facilitar el acceso y referencia de usuarios a establecimientos de salud

BIBLIOGRAFÍA

ARMIJO, Freddy; ARNÉZ, Zárate; et al.

1999 Plan nacional de calidad en el marco del Seguro Básico de Salud. Ministerio de Salud y Previsión Social/SBS.

AVSC INTERNACIONAL

1998 Elección informada.

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DESARROLLO DE LA MUJER (CIDEM), FAMILY HEALTH INTERNATIONAL (FHI), BOLIVIA

1999 Para reconocer y respetar las diferencias y derechos en la salud sexual y reproductiva.

CENTRO NACIONAL DE INFORMACIÓN DE CIENCIAS MÉDICAS

1997 Información semanal.

CÓDIGO PENAL BOLIVIANO

1973 Decreto Ley del 02 de abril de 1973.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO

1994 Acción para el Siglo XXI, Salud y Derechos Reproductivos Para Todos, Informe acerca de las medidas sobre la salud y los derechos reproductivos, recomendadas en el Programa de Acción de CIPD celebrada en El Cairo.

DOX MELLONI, Eisner

1983 Diccionario médico.

EL ATENEO

1992 Diccionario de ciencias médicas

HOPKINS, John; HATCHER, R.

1999 Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Manual para personal clínico.

IBNORCA

1998 Normalización y actividades relacionadas, NB/150/IEC 2, guía boliviana.

INSTRUCTIONAL BOOKLET

2003 *Performing uterine evacuation with Ipas Manual Vacuum Aspiration (MVA) Instruments.*

IPAS

2009 Cómo efectuar la evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas EasyGrip™, Folleto instructivo, Segunda Edición.

IPAS

1997 Manual de capacitación en atención postaborto (APA).

IPAS BOLIVIA

2009 Defendamos nuestros derechos sexuales y reproductivos. Manual de Capacitación.

JURAN, J.M. y GRYNÁ, F.M.

1997 Análisis y planeación estratégica de la calidad. Del desarrollo del producto al uso. MCGRAW-HILL/ Interamericana de México.

KÁRL, Martin

1990 Fundamentos de epidemiología.

LAROUSSE

1999 Diccionario Ilustrado.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

2009 Plan estratégico nacional para mejorar la salud materna, perinatal y neonatal en Bolivia 2009-2015, Resumen ejecutivo.

2005 Modelo de salud familiar comunitaria intercultural. La Paz.

2004 Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004 - 2008.

2004 Defendiendo nuestros derechos, La Paz, Bolivia.

MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL.

1999 Programa Nacional de salud sexual y reproductiva 1999-2002.

1999 Lineamientos estratégicos de comunicación para el Seguro Básico de Salud.

NORMA BOLIVIANA DE SALUD, MSPS 4-98.

1998 Anticoncepción quirúrgica voluntaria. La Paz, Bolivia.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

1995 Complicaciones de aborto. Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento, Ginebra.

PÉREZ, Alberto

1997 Ginecología.

POSTABORTION CARE CONSORTIUM

1995 La Atención postaborto. Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención. Traducción al español.

SECRETARÍA NACIONAL DE SALUD

Texto de Referencia de Salud Sexual y Reproductiva, La Paz, Bolivia.

SOLTER, Cathy

1997 Currículo de capacitación prevención de infecciones. Pathfinder Internacional.

SOLTER, Cathy; MILLER, Suellen; GUTIÉRREZ, Miguel

2000 *Manual Vacuum Aspiration (MVA) for treatment of incomplete abortion* (participantes manual). Pathfinder International,

TIETJEN, Linda

1998 Manual de referencia para solucionar problemas de prevención de infecciones para programas de planificación familiar JHPIEGO

VERNON, Ricardo; QUINTANILLA, Lourdes; DE LA PESA, Lourdes

Manual de calidad en planificación familiar. NOPAL II, *The Population Council. Family Planning Management Development (FPMD)*, Management Sciences for Health (MSH).

WHO

1992 *The prevention and management of unsafe abortion.*

Bolivia digna y soberana

para vivir bien