

BOLIVIA

**INFORME PARA EL COMITE
PARA LA ELIMINACION DE
LA DISCRIMINACION
CONTRA LA MUJER DE LAS
NACIONES UNIDAS**

61ª SESION, 6-24 DE JULIO DE 2015

**AMNESTY
INTERNATIONAL**



Amnesty International Publications

Publicado originalmente en 2015 por
Amnesty International Publications
International Secretariat
Peter Benenson House
1 Easton Street
London WC1X 0DW
Reino Unido
www.amnesty.org

© Amnesty International Publications 2015

Índice: AMR 18/1669/2015
Idioma original: Español.

Todos los derechos reservados. Esta publicación tiene derechos de autor, si bien puede ser reproducida por cualquier medio, sin pago de tasas, con fines educativos o para llevar a cabo acciones de protección y promoción de los derechos humanos, pero no para la venta. Los titulares de los derechos de autor solicitan que se les comuniquen los usos mencionados con el fin de evaluar sus efectos. Para la reproducción de este texto en cualquier otra circunstancia, su uso en otras publicaciones o su traducción o adaptación, deberá obtenerse el permiso previo por escrito de la editorial, y podrá exigirse el pago de una tasa.

Amnistía Internacional es un movimiento global de más de 7 millones de personas que trabajan por un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos.

Nuestra visión es la de un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otras normas internacionales de derechos humanos.

Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso. Nuestro trabajo se financia en gran medida con las contribuciones de nuestra membresía y con donativos.

**AMNESTY
INTERNATIONAL**



INDICE

DERECHO A LA SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	5
Mortalidad Materna	8
Aborto legal y seguro	10
Ley de derechos sexuales y reproductivos	13
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	14

RESUMEN EJECUTIVO

Amnistía Internacional presenta la siguiente información al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (el Comité), en relación a su examen del quinto y sexto informe periódico del Estado Plurinacional de Bolivia¹, en virtud del artículo 18 de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (la Convención). Este examen que tendrá lugar en julio de 2015, proporciona una oportunidad para revisar el progreso del Estado Plurinacional de Bolivia sobre las disposiciones de la Convención, desde su última revisión en 2008, tanto en la legislación como en la práctica.

Amnistía Internacional acoge con satisfacción las medidas adoptadas por el Gobierno del Estado Plurinacional de Bolivia para cumplir con las obligaciones de la Convención. Sin duda Bolivia ha tenido un gran avance normativo y constitucional desde las últimas recomendaciones que el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (el Comité) le hizo en 2008.² Dicho avance está desarrollado en detalle en el informe que el Estado ha presentado al Comité en 2014.

En ciertos ámbitos el avance ha sido palpable, como la participación política de mujeres, especialmente en cargos electivos, gracias a normas que garantizan la paridad y que han sido debidamente aplicadas en las últimas elecciones.³ También en algunos ámbitos del Poder Ejecutivo la participación política de las mujeres ha incrementado, incluyendo mujeres indígenas que están en cargos de poder por primera vez en la historia boliviana.

Sin embargo, Amnistía Internacional quisiera remarcar algunas preocupaciones sobre la implementación de parte de la normativa y las políticas públicas diseñadas para dar cumplimiento a las obligaciones del Estado provenientes de la Convención. No existe evidencia que indique que las políticas públicas referidas a derechos sexuales y derechos reproductivos se estén implementando adecuadamente y en cambio hay indicios que indicarían lo contrario; entre otros estarían la falta de presupuesto diferenciado y suficiente, así como una débil institucionalidad dentro del poder ejecutivo que no tienen capacidad de ejecutar y coordinar la cantidad de medidas adoptadas, y los escasos recursos humanos especialmente capacitados para tal fin.⁴

Por ejemplo, de acuerdo a información recabada por organizaciones no gubernamentales bolivianas, el Viceministerio de Igualdad de Oportunidades (VIO), del cual depende el Mecanismo de Adelanto de las Mujeres, tenía en 2014 un 5,3 por ciento de asignación presupuestaria del Ministerio de Justicia y

¹ CEDAW/C/BOL/5-6, 17 de diciembre de 2013, disponible en http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fBOL%2f5-6&Lang=en

² CEDAW/C/BOL/CO/4, 8 de abril de 2008, disponible en http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fBOL%2fCO%2f4&Lang=en

³ El 44.5% de mujeres asambleístas titulares que conformarán las Asambleas Legislativas Departamentales luego de las elecciones de Marzo del 2015 son mujeres (comparado con un 27% en las anteriores elecciones de 2010). Observatorio de Género, Coordinadora de la Mujer, disponible en http://www.coordinadoradelamujer.org.bo/observatorio/boletin/boletin_alertas2.php?id=186&tip=2

Asimismo, en la Asamblea Legislativa Plurinacional (ALP), el 48% de los espacios en el ejercicio 2015-2020, será ocupado por mujeres – [Ver más en: <http://eju.tv/2014/12/mujeres-ocupan-el-48-de-los-espacios-en-la-nueva-asamblea-legislativa-de-bolivia/#sthash.fva6zXZA.dpuf>]

⁴ La pregunta 5 de la Lista de Cuestiones es sobre el Mecanismo Nacional para el adelanto de la mujer.

Derechos Fundamentales.⁵ Informantes claves han asegurado a Amnistía Internacional que en 2014 la Dirección de Género solo contaba con cinco personas trabajando y su presupuesto dependía casi exclusivamente de la cooperación internacional.⁶ Parecida era la situación de la Unidad de Despatriarcalización, que se encuentra institucionalmente dentro del Vice-Ministerio de Descolonización del Ministerio de Culturas. Esta instancia que está dedicada a pensar y articular la despatriarcalización dentro del Estado y de la sociedad es única en América Latina, sin embargo, no parece contar con presupuesto o jerarquía suficiente para implementar tan ambicioso objetivo.

Asimismo existen importantes medidas legislativas necesarias para cumplir con las obligaciones establecidas en la Convención que no han sido adoptadas aun, como la Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos.

Este documento de Amnistía Internacional al Comité no pretende ser exhaustivo. Una coalición de organizaciones de la sociedad civil boliviana ha desarrollado las diversas lagunas de implementación en los diferentes temas cubiertos por la Convención en detalle. Amnistía Internacional solo va a referirse a ciertos aspectos del derecho a la salud de las mujeres y en particular los derechos sexuales y derechos reproductivos, dado que la organización está desarrollando un trabajo de investigación y campaña sobre este tema en diversos países de la región.

Una delegación de Amnistía Internacional visitó Bolivia en mayo de 2013 y agosto de 2014 y realizó diversas entrevistas con organizaciones no gubernamentales, representantes de movimientos sociales, funcionarias/os del Estado, personal de salud, expertas/os y funcionarios/os de la cooperación internacional, tanto en La Paz como en Sucre y Potosí. La información que compartimos en este documento está basada en las conclusiones de dichas visitas y en documentación secundaria.

DERECHO A LA SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La normativa existente en el ámbito de la salud es amplia e incluye en buena medida una perspectiva de derechos humanos. Sin embargo, ha resultado difícil para Amnistía Internacional encontrar estudios, evaluaciones, indicadores o algún tipo de indicio que permita aseverar que esta retórica se ha traducido en efectiva protección del derecho a la salud de las mujeres, especialmente en aquellos sectores de la población tradicionalmente desaventajados en el acceso a la salud, como mujeres y niñas indígenas u originarias, afrodescendientes y campesinas.

En el informe del Estado al Comité hay una detallada descripción de la normativa en salud, entre las cuales destaca el Plan Nacional de Salud 2012-2020, que tiene como objetivo eliminar la exclusión social en

⁵ Informe de la Sociedad Civil Hacia Cairo +20, Bolivia 2013, páginas 19 a 23.

⁶ La Dirección General de Prevención y Eliminación de toda Forma de Violencia en Razón de Género y Generacional (Dirección de Género) es parte del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades dentro del Ministerio de Justicia. El Ministerio de Justicia, en el marco de sus competencias y atribuciones, es el Ente Rector responsable de coordinación, articulación y vigilancia de la aplicación efectiva y cumplimiento de la Ley N° 348 "LEY INTEGRAL PARA GARANTIZAR A LAS MUJERES UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA" (de acuerdo al DECRETO SUPREMO N° 2145), entre otras funciones referidas a la igualdad de género.

salud; así como el modelo de salud vigente llamado modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI) y las diferentes políticas de salud sectoriales.⁷

La interculturalidad es sin duda una de las características más destacadas de Bolivia. El reconocimiento de la existencia de 36 naciones indígenas originarias en la nueva Constitución Política del Estado y la auto identificación de un porcentaje importante de la población con ellas, lo confirman. El modelo SAFCI incorpora la interculturalidad como una orientación de la política pública en salud estableciendo la *“articulación, complementariedad y reciprocidad en base a aceptación, reconocimiento y valoración mutua de nuestros conocimientos, prácticas en salud (...) a fin de contribuir al logro de relaciones simétricas de poder.”*

Sin embargo, no hemos encontrado evidencia para comprobar que tan importante y ambiciosa agenda esté siendo implementada y esté produciendo los cambios propuestos en la vida de las mujeres y las niñas bolivianas y, en cambio, sí hemos encontrado indicios que indicarían lo contrario.

Por ejemplo, un estudio de 2013 sobre mortalidad materna en poblaciones indígenas identifica que en la actualidad persisten importantes barreras de acceso a los servicios de salud, entre las que se destacan las geográficas (por las distancias a los establecimientos de salud y las carencias económicas que dificultan pagar transporte hacia los centros de salud), barreras lingüísticas y culturales, el trato discriminatorio, carencia de calidez humana y las prácticas médicas agresivas que afectan seriamente la calidad de los servicios de salud.⁸

El estudio anteriormente mencionado identifica que *“si bien se ha creado un Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y se habla con mucho fervor sobre políticas de descolonización, las iniciativas para facilitar el acceso a los servicios de salud a la diversidad de mujeres boliviana son aun marginales.”*⁹

También es un indicador de la falta de prioridad que se le ha dado a este tema, la confusión que persiste en toda la sociedad, incluso entre altos funcionarios del Estado, sobre la legalidad y disponibilidad de ciertos servicios fundamentales de salud sexual y reproductiva, como la anticoncepción de emergencia o los servicios de aborto seguros en los casos en los que la ley establece excepciones a la penalización, entre otros. Por ejemplo, en 2014 representantes de la Iglesia Católica y Evangélica solicitaron al Estado que suspendiera la entrega de anticoncepción de emergencia. El entonces Ministro de Salud hizo declaraciones públicas asegurando que *“el Ministerio de Salud no ha dado ninguna voz oficial sobre la incorporación de la pastilla, no hay nada en nuestro sistema de salud (...) y no podemos discutir sobre algo que oficialmente el ministerio no ha incorporado”*.¹⁰ Sin embargo, en la “Norma Nacional Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción” vigente desde el 2010, figuran entre los “Métodos cubiertos y ofertados y por el Seguro y Sistema Público de Salud”, la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) y la Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE). Un funcionario del Ministerio de Salud ha asegurado a Amnistía Internacional que la PAE está siendo distribuida en los servicios públicos “que lo desean” desde 2004 pero que no puede

⁷ CEDAW/C/BOL/ 5-6, párr. 311-326

⁸ Manigeh Roosta coordinadora, salud materna en contextos de interculturalidad, CIDES-UMSA, UNFPA, OMS-OPS editores. Página 16

⁹ Manigeh Roosta coordinadora, salud materna en contextos de interculturalidad, CIDES-UMSA, UNFPA, OMS-OPS editores. Página 16

¹⁰ Ver más en: <http://eju.tv/2014/03/gobierno-boliviano-retrocede-y-descarta-entrega-gratuita-de-pldora-del-da-despus/#sthash.06etfYx9.dpuf>; <http://eju.tv/2014/03/ministerio-de-salud-entreg-ms-de-1-000-pldoras-del-da-despus-en-tres-regiones-de-bolivia/>; http://www.la-razon.com/index.php?_url=/sociedad/Iglesia-Catolica-gobierno-Bolivia-suspender_0_2012798767.html

publicitarse su disponibilidad porque esto generaría problemas con las jerarquías de las iglesias a las cuales algunos altos funcionarios del Estado pertenecen o responden.¹¹

Evidentemente esta actitud es contraria a la obligación del Estado de garantizar el acceso a la información y servicios de salud sexual y reproductiva, explicitada por este Comité en su Recomendación General 24. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), también ha dicho que el derecho a la salud se extiende "no sólo a la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, tales como [...] el acceso a la educación y la información relacionada con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva."¹²

En diciembre de 2013 el Comité de Derechos Humanos ya recomendó a Bolivia que "asegure la ejecución efectiva de los actuales planes nacionales de salud y programas de educación y sensibilización sobre la importancia del uso de anticonceptivos y sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva, garantizando su aplicación en los niveles oficiales (escuelas y universidades) y oficiosos (medios de comunicación)."¹³

Según un reciente estudio, para las adolescentes, la principal fuente de información y conocimiento de métodos anticonceptivos es la escuela, seguida de los talleres temáticos desarrollados por instituciones de cada municipio, sin embargo, la información que se recibe es superficial y condicionada a la capacidad de atención de las y los adolescentes.¹⁴ Entre las adolescentes, es evidente que existe una alta demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos: más de la mitad de las adolescentes que estaban en unión, no tenían planeado el embarazo y sin embargo más de un 80 por ciento de ellas no utilizaba métodos anticonceptivos.¹⁵ El escaso uso de métodos anticonceptivos modernos podría estar señalando que la situación del embarazo en adolescentes no va a cambiar en los próximos años si no se fortalecen estrategias que faciliten el acceso a conocimientos e insumos anticonceptivos.¹⁶

¹¹ Dicho funcionario pidió no ser identificado, entrevista con Amnistía Internacional, agosto de 2014.

¹² Ver CDESC, Observación General No. 14, párr. 11.

¹³ Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico del Estado Plurinacional de Bolivia, 6 de diciembre de 2013, CCPR/C/BOL/CO/3, párrafo 9.c

¹⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y CIES Internacional, "ESTUDIO SOBRE CAUSAS, CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN 14 MUNICIPIOS DE BOLIVIA", Informe Ejecutivo, La Paz, enero 2015. Página 58.

¹⁵ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y CIES Internacional, "ESTUDIO SOBRE CAUSAS, CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN 14 MUNICIPIOS DE BOLIVIA", Informe Ejecutivo, La Paz, Enero 2015. Página 58. En el mismo estudio se documenta que los métodos anticonceptivos como el condón, están disponibles en la mayoría de los establecimientos de salud incluso de manera gratuita, sin embargo, el acceso al condón masculino está restringido a las adolescentes mujeres, sus parejas (usuarios del método), no pueden adquirirlos en los establecimientos públicos de salud.

¹⁶ Ídem. Según este mismo informe, a pesar de la disponibilidad de métodos anticonceptivos para mujeres, existen barreras culturales, como el hecho de que se consideran un derecho para personas adultas, que hacen que las mujeres adolescentes tengan temor y vergüenza de solicitar servicios de anticoncepción en los establecimientos públicos de salud. La utilización de otros métodos modernos es mínima porque existe desinformación respecto a los efectos secundarios que estos podrían causar en la salud de las mujeres. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y CIES Internacional, "ESTUDIO SOBRE CAUSAS, CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN 14 MUNICIPIOS DE BOLIVIA", Informe Ejecutivo, La Paz, Enero 2015. Página 58.

Según fuentes confiables, en 2014 el Gobierno recibió una donación de métodos anticonceptivos modernos por un valor de 1.4 millones de Bolivianos provenientes de UNFPA. Aparentemente muchos de estos insumos no habrían sido distribuidos a los hospitales públicos de todo el país por un problema administrativo y de ineficacia en la gestión y la falta de coordinación entre los niveles nacionales, gobernaciones y municipios, y muchos de ellos habrían caducado sin ser usados.

Estos son solo algunos de los ejemplos que Amnistía Internacional ha documentado en su visita y que generan serios interrogantes sobre la responsabilidad y los mecanismos de rendición de cuentas del Estado en esta materia y sobre la prioridad que en la realidad la salud y los derechos sexuales y reproductivos tienen en la agenda estatal.

Dicha falta de priorización es más preocupante si se tiene en cuenta que persiste en Bolivia una retórica machista en toda la sociedad e incluso entre altos funcionarios del Estado. Personal de salud entrevistado por Amnistía Internacional ha coincidido que persiste la concepción de que “las mujeres están para parir”, que “somos muy pocos en Bolivia y por eso las mujeres, especialmente las indígenas, deben seguir pariendo hijos para poblar el país” y que “las mujeres no son mujeres si no cargan guaguas (niños)”.¹⁷ Esta idea está tan arraigada en la sociedad que prestadores/as de salud sexual y reproductiva han asegurado a Amnistía Internacional que en muchísimos casos han debido colocar métodos anticonceptivos modernos e incluso irreversibles a mujeres que lo han solicitado, ocultándolo de sus maridos o parejas porque ellos no lo permitirían e incluso teniendo que mentir cuando estos hombres se acercaban al servicio de salud a averiguar que tratamiento había recibido “su mujer.”¹⁸

Mortalidad materna

(Pregunta 18 de la Lista de Cuestiones)¹⁹

“La muerte materna todavía representa una enorme discriminación de género, de falta de equidad y una de las epidemias silenciosas en Bolivia, constituyéndose en una de las violencias más sentidas hacia las mujeres.”
OMS/OPS 201320

Los patrones de mortalidad materna en Bolivia ilustran de manera dramática las inequidades sistémicas que se cobran la vida de mujeres y niñas, especialmente las que viven en la pobreza, las que tienen bajo nivel educativo y/o son indígenas. Las intervenciones que se requieren para prevenir la gran mayoría de las muertes relacionadas con el embarazo y el parto son conocidas y fácilmente disponibles para las mujeres que cuentan con recursos económicos: mejorar los servicios de atención calificada del embarazo y el parto, mejorar acceso a planificación familiar y mejorar el acceso a servicios de aborto seguros.²¹

¹⁷ Funcionarias que solicitaron mantener su identidad reservada, entrevista con Amnistía Internacional, agosto 2014.

¹⁸ Funcionarias que solicitaron mantener su identidad reservada, entrevista con Amnistía Internacional, agosto 2014.

¹⁹ CEDAW/C/BOL/Q/5-6, 17 de noviembre de 2014, disponible en http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CEDAW%2fC%2fBOL%2fQ%2f5-6&Lang=en

²⁰ Dr. Michel Thieren, Representante de la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) en Bolivia. En el libro Manigeh Roosta coordinadora, “Salud Materna en Contextos de Interculturalidad”, CIDES-UMSA, UNFPA, OMS-OPS editores, 2013. Página 13.

²¹ <http://www.womendeliver.org/knowledge-center/facts-figures/maternal-health/>

Si bien existen diversas políticas y esfuerzos destinados a mejorar esta situación, entre las cuales se destaca la Mesa Nacional por una Maternidad y Nacimientos Seguros de Bolivia, en base a los últimos datos oficiales disponibles, Bolivia reporta una de las cifras más altas de mortalidad materna de la región.²² Como ha notado el Comité, si bien ha aumentado el número de madres que reciben atención prenatal y el número de partos atendidos por un médico, sigue habiendo discrepancias significativas entre las zonas urbanas y las rurales y se observan disparidades similares en la tasa de mortalidad materna, que sigue siendo considerablemente mayor en las zonas rurales. La atención prenatal parece estar muy enfocada todavía en el número de consultas y no en la calidad de las mismas.²³

La atención calificada del embarazo y el parto es uno de los indicadores más claros de ampliación en el acceso a los servicios básicos de salud para mujeres de bajos recursos. En Bolivia, sin embargo, es uno de los más controversiales por varias razones. Por una parte, la política de “maternidad segura” que existe desde hace más de una década ha dado como resultado un incremento de los índices de “parto institucional”²⁴, sin embargo, en Bolivia un 37 por ciento de las muertes maternas se produce en establecimientos de salud;²⁵ razón por la cual las mujeres tienen miedos fundados de asistir a los establecimientos de salud a dar a luz.

Por otra parte, las políticas de maternidad segura repercuten también en el ejercicio de los derechos de las mujeres de decidir libremente y con la mejor información sobre posibles riesgos y cómo y dónde quieren dar a luz, especialmente en una sociedad multicultural como la boliviana. En este modelo los logros se miden en términos de cobertura del parto o si las atenciones son gratuitas. Existe incluso el Bono Juana Azurduy que paga a las mujeres por acudir a los controles prenatales, pero si no van al establecimiento de salud son recriminadas. De acuerdo a un estudio realizado en diversas comunidades indígenas de todo el país, la política pública funciona como un modo de “corregir ideas de vida inadecuadas” (por ejemplo querer parir en casa), de manera que el sistema de salud reproduce las relaciones de inequidad imperantes en la sociedad.²⁶

Las mujeres Aymaras por ejemplo, tienen preferencia por el parto en casa con la “ayuda” del esposo. En su cosmovisión, las mujeres son las protagonistas y quienes están con ellas en el parto las “ayudan” no las “atienden.” Tienen mucha confianza en su intuición y capacidad de dar a luz y les da inseguridad delegar las decisiones a otros, peor aún si no conocen o respetan su modelo de salud. Un establecimiento de salud es percibido como un espacio frío, de abandono tanto ambiental como afectivo. El acompañamiento suele considerarse fundamental, especialmente el de la pareja, y frecuentemente se piensa que su ausencia puede causar complicaciones, incluso la muerte. Es muy común el comentario “entre los dos hacemos fuerza.”²⁷

²² En la Encuesta Nacional de Salud (ENDSA) 2003 la cifra era de 229 por 100mil nacidos vivos, solo superada por Haití. Los países vecinos tienen una cifra promedio de 50.

²³ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y CIES Internacional, “ESTUDIO SOBRE CAUSAS, CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN 14 MUNICIPIOS DE BOLIVIA”, Informe Ejecutivo, La Paz, Enero 2015. Página 59.

²⁴ Dicha política que genera diversos incentivos para que las mujeres den a luz en establecimientos de salud, en los últimos años se ha profundizado por el hecho de que todas las atenciones son gratuitas y por la creación del Bono Juana Azurduy que otorga un pago a aquellas mujeres que cumplen por lo menos con cuatro controles prenatales.

²⁵ Memoria de la Mesa Nacional por una Maternidad y Nacimientos Seguros de Bolivia, 2012, © Socios para el Desarrollo/PROSALUD. Página 21.

²⁶ Manigeh Roosta coordinadora, “*Salud Materna en Contextos de Interculturalidad*”, CIDES-UMSA, UNFPA, OMS-OPS editores, 2013. Página 99

²⁷ Manigeh Roosta coordinadora, “*Salud Materna en Contextos de Interculturalidad*”, CIDES-UMSA, UNFPA, OMS-OPS

La OMS/OPS ha dicho que en Bolivia, los relatos y testimonios de las madres indígenas ponen en evidencia que la disminución de la mortalidad materna, además de aspectos médicos y clínicos, requiere considerar los determinantes sociales de salud y las barreras de acceso a los servicios en relación con el derecho a la salud.²⁸

Pareciera que todavía hay muchísimo por hacer en esta materia en Bolivia. Es difícil evaluar cómo Bolivia ha avanzado en mejorar la salud materna en los últimos años ya que no hay datos confiables de la razón de la mortalidad materna en Bolivia, ni de sus causas o evolución desde el año 2000.²⁹ Afortunadamente, la Ministra de Salud ha anunciado que próximamente el Ministerio de Salud emitirá los resultados de un estudio sobre la mortalidad materno-infantil que comenzó en noviembre del año pasado.³⁰ Sin esta información la política pública puede, en el mejor de los casos, guiarse por intuición y recomendar estrategias que funcionaron en otros casos para evitar muertes maternas, pero claramente no está basada en un análisis del contexto boliviano y de las causas de mortalidad materna en el país.

Hasta el momento tampoco hay experiencias claras de multiculturalidad en la atención a la salud de las mujeres indígenas, más allá de algunos proyectos pilotos exitosos promocionados por organizaciones no gubernamentales locales o internacionales y de cooperación que sirven de antecedente, pero que no parecen haberse replicado a nivel nacional aun.³¹ Evidentemente el nuevo modelo de salud SAFCI ofrece una oportunidad en este sentido pero va a necesitar de una voluntad política decidida para ser implementado. Igualmente deberán promoverse mecanismos eficaces para que las mujeres indígenas sean consultadas y puedan ser ellas las que influencien el desarrollo de las políticas e intervenciones destinadas a disminuir la mortalidad materna desde una perspectiva multicultural si se pretende tener algún impacto.

Aborto legal y seguro

(Pregunta 19 de la Lista de Cuestiones)

En estrecha relación con las altas tasas de mortalidad materna se encuentra la falta de garantía para todas las mujeres, y en particular las mujeres del medio rural y las indígenas, de procedimientos adecuados y eficaces para acceder al aborto legal y seguro, así como a la atención posterior al aborto, sin temor a ser

editores, 2013. Pág. 101.

²⁸ Dr. Michel Thieren, Representante de la Organización Mundial de la Salud/ Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) en Bolivia. En el libro Manigeh Roosta coordinadora, “*Salud Materna en Contextos de Interculturalidad*”, CIDES-UMSA, UNFPA, OMS-OPS editores, 2013. Página 13.

²⁹ La RMM de 2000 ha sido establecida como 235 x 100mil nacidos vivos en base a una encuesta Post Censal de Mortalidad Materna realizada en 2002. Una encuesta similar se está realizando a finales de 2014 principios de 2015 para verificar datos obtenidos en el último censo. Expertas/os que hemos entrevistado en 2014 consideran que es posible que la RMM se haya mantenido o haya aumentado en los últimos 10 años (nombre de personas entrevistadas mantenido en confidencialidad a pedido de las mismas, entrevista con Amnistía Internacional, agosto 2014).

³⁰ <http://www.paginasiete.bo/sociedad/2015/5/8/ministra-salud-rechaza-datos-save-children-55894.html>

³¹ Existe un proyecto de salas de parto con adecuación cultural en el Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya, en La Paz. En 2008, con el financiamiento de Médicos del Mundo, se construye la primera sala de partos con adecuación cultural para mujeres Aymaras y con participación de parteras tradicionales en el hospital y en 2011 se construyeron dos salas más. Existen otras tres experiencias de salud multicultural en La Paz y en Potosí que fueron iniciativas de ONGs locales internacionales y de cooperación. Ver Yolanda Vargas Quiroga, “*Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)*”, en el libro Manigeh Roosta coordinadora, “*Salud Materna en Contextos de Interculturalidad*”, CIDES-UMSA, UNFPA, OMS-OPS editores, 2013. Página 40.

procesadas. El Comité de Derechos Humanos ha expresado recientemente su preocupación por este tema.³²

El aborto está penalizado en Bolivia con excepción de los casos en que la vida o la salud de la mujer embarazada estuviere en peligro o el embarazo fuere resultado de una violación o incesto. Sin embargo, hasta en estas circunstancias en las cuales el aborto no es punible, la ley impone barreras al acceso incluyendo un requisito de autorización judicial previa que tornaba a las excepciones prácticamente en inútiles³³; como lo ha señalado el Comité de DDHH:

“Al Comité le preocupa la necesidad de una autorización judicial previa para que los casos de aborto terapéutico y aborto por violación, estupro o incesto resulten impunes, así como los informes que indican que tan sólo seis abortos legales han sido autorizados judicialmente en el Estado parte.”³⁴

En consecuencia, en Bolivia la gran mayoría de los abortos se hacen en la clandestinidad por lo que la exposición de las mujeres a los riesgos legales y de salud son significativos. El aborto inseguro también repercute negativamente en el sistema de salud de Bolivia. Se estima que el 60 por ciento de la obstetricia y de los gastos de salud ginecológica va hacia el tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro a través de la prestación de la atención post-aborto (PAC).³⁵

El aborto inseguro es la tercera causa de muerte materna en Bolivia según las últimas cifras oficiales disponibles (9,1 por ciento);³⁶ aunque algunos estiman que la cifra es más alta y que una cuarta parte de todas las muertes maternas son resultado de un aborto inseguro en el país.³⁷ Si bien en Bolivia el aborto está penalizado, como se ha señalado anteriormente, existen excepciones para los casos de violación, incesto o si la vida o la salud de la mujer están en peligro. El aborto continúa siendo un tema tabú debido al clima legal y cultural-religioso. La prevalencia del embarazo no planificado o no deseado (74 por ciento)³⁸ resulta en un estimado de 80 mil abortos inducidos cada año, especialmente en poblaciones con mayoría indígenas y aquellas con bajos indicadores socio-económicos,³⁹ así como en adolescentes. Según

³² “Al Comité le preocupa, asimismo, los informes que muestran un elevado porcentaje de mortalidad materna causada por abortos en condiciones de riesgo, y un alarmante número de investigaciones procesales contra mujeres por aborto ilegal.” Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico del Estado Plurinacional de Bolivia, 6 de diciembre de 2013, CCPR/C/BOL/CO/3, párrafo 9.

³³ Este requisito de autorización judicial previa ha sido declarado inconstitucional por el Tribunal Constitucional Plurinacional, como desarrollaremos más adelante.

³⁴ Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico del Estado Plurinacional de Bolivia, 6 de diciembre de 2013, CCPR/C/BOL/CO/3, párrafo 9.

³⁵ Billings, D.L., et al., *Scaling-up a public health innovation: a comparative study of post-abortion care in Bolivia and Mexico*. Soc Sci Med, 2007. 64(11): p.2210-22. Citado en Marie Stopes International, “The Realities of Unsafe Abortion in Bolivia: Evidence from the Field”.

³⁶ Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna, Ministerio de Salud y Deportes, 2003, La Paz.

³⁷ Billings, D.L., et al., *Scaling-up a public health innovation: a comparative study of post-abortion care in Bolivia and Mexico*. Soc Sci Med, 2007. 64(11): p.2210-22. Citado en Marie Stopes International, “The Realities of Unsafe Abortion in Bolivia: Evidence from the Field”.

³⁸ IPAS Bolivia, *Las Cifras Hablan: El aborto es un problema de salud pública*. IPAS (2011), citando cifras de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008.

³⁹ Friedman-Rudovsky, J. *Abortion under siege in Latin America* in TIME Magazine. 09 Aug 2007. Citado en Marie Stopes International, “The Realities of Unsafe Abortion in Bolivia: Evidence from the Field”.

un reciente estudio de UNFPA, el porcentaje de embarazos adolescentes que terminan en aborto, es muy alto (27 por ciento), situándose un tercio por encima del porcentaje de abortos que ocurren en embarazadas de todas las edades. La alta incidencia de aborto tiene implicaciones en la salud de las adolescentes y también pone de relieve fallas en la provisión de servicios de salud, sean éstos de prevención o diagnóstico.⁴⁰

En junio de 2013, el Comité contra la Tortura ya había manifestado a Bolivia su preocupación por el hecho de que víctimas de violación necesitaran obtener una autorización judicial para practicarse un aborto, por estimar que esta medida en muchos casos podría llevar a las mujeres a practicarse abortos clandestinos. En este sentido, recomendó al Estado “garantizar que las mujeres víctimas de una violación que decidan interrumpir voluntariamente su embarazo tengan acceso a servicios de aborto seguros y eliminar cualquier impedimento innecesario a los mismos. (...)” instando al estado a “evaluar los efectos de la legislación vigente, muy restrictiva en materia de aborto, sobre la salud de las mujeres”.⁴¹

Un avance significativo ha sido que en febrero de 2014, el Tribunal Constitucional Plurinacional decidió que la solicitud de autorización judicial para un aborto en casos de violación era inconstitucional y la reemplazó por la obligación de presentar una denuncia penal. El 29 de enero de 2015 el Ministerio de Salud emitió la Resolución Ministerial 0027 que adopta los “Procedimientos Técnicos para la implementación de la Sentencia Constitucional en servicios de salud.” Según información que Amnistía Internacional ha recibido, dicho procedimiento ha sido construido con el consenso del personal de salud de los principales hospitales públicos de Bolivia y estaría siendo socializada con los mismos e implementada a la brevedad.

Si este Procedimiento es efectivamente aplicado representaría un avance importante para derribar una de las barreras de acceso al aborto seguro para las víctimas de violación, así como para generar mayor claridad sobre el aborto no punible en el país. Sin embargo, un decidido trabajo de difusión y educación va a ser necesario ya que existe mucha confusión y desinformación sobre este tema por parte de los servicios de salud, la policía, las fiscalías, defensorías y demás funcionarios encargados de hacer cumplir esta sentencia y reglamento, así como de la población en general e incluso de algunos altos funcionarios del Estado. Amnistía Internacional ya ha recibido información anecdótica que indica que a pesar de la sentencia del Tribunal Constitucional de febrero del año pasado, muchos médicos y fiscales siguen exigiendo la autorización judicial.

El acceso al aborto legal y seguro en casos de violación debe ser una prioridad en un país donde la violencia de género tiene proporciones de epidemia y en el cual, según un reciente estudio del UNFPA, la mayoría de las adolescentes inicia una vida sexual no deseada.⁴²

A pesar de los avances dados por la sentencia del Tribunal Constitucional Plurinacional y la reciente

⁴⁰ Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y CIES Internacional, “ESTUDIO SOBRE CAUSAS, CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN 14 MUNICIPIOS DE BOLIVIA”, Informe Ejecutivo, La Paz, Enero 2015. Página 57.

⁴¹ Observaciones finales sobre el segundo informe periódico del Estado Plurinacional de Bolivia, aprobadas por el Comité en su 50º periodo de sesiones (6 a 31 de mayo de 2013). 14 de junio de 2013. CAT/C/BOL/CO/2. En igual sentido se ha pronunciado el Comité de DDHH, como hemos reseñado en la nota al pie 34.

⁴² Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y CIES Internacional, “ESTUDIO SOBRE CAUSAS, CARACTERÍSTICAS Y CONSECUENCIAS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA EN 14 MUNICIPIOS DE BOLIVIA”, Informe Ejecutivo, La Paz, Enero 2015. Véase también http://www.la-razon.com/sociedad/UNFPA-violaciones-marcan-inicio-vida-sexual_0_2258174189.html

aprobación de los Procedimientos Técnicos, el aborto sigue estando restringido en Bolivia y solamente una ley que lo despenalice podría derribar definitivamente las barreras existentes que se cobran la vida y la salud de muchas mujeres y niñas. La sentencia del Tribunal Constitucional Plurinacional referida anteriormente ordena una reforma legal.⁴³

Varios órganos de tratados de la ONU han pedido consistentemente la eliminación de las medidas punitivas por someterse a un aborto.⁴⁴ El Comité de Derechos Humanos ha pedido asimismo a los Estados que suspendan la persecución de mujeres por el delito de aborto, que pongan en libertad a las que han sido encarceladas por someterse a abortos clandestinos y que reformen sus leyes sobre el aborto.⁴⁵ De igual manera, en 2013, el Comité de Derechos Humanos expresó su preocupación por el alarmante número de investigaciones procesales contra mujeres por sospecha de aborto ilegal (CCPR/C/BOL/CO/3, párr. 9).

Por otra parte, como ha notado este Comité, en Bolivia esa penalización del aborto tiene un efecto perjudicial y desproporcionado en las mujeres que viven en el medio rural y en las mujeres indígenas (Pregunta 19 de la Lista de Cuestiones).

Ley de derechos sexuales y reproductivos

(Pregunta 17 de la Lista de Cuestiones)

Todas las organizaciones sociales y de la sociedad civil boliviana con las cuales Amnistía Internacional ha podido conversar, coinciden en la necesidad de tener una Ley Integral de Derechos Sexuales y Reproductivos que recoja las obligaciones internacionales de Bolivia y cuente con consenso social. Han existido diversos proyectos de leyes en este sentido, incluso diversas organizaciones de mujeres indígenas que forman parte de la coalición del gobierno han expresado que apoyan la aprobación de dicha ley, pero evidentemente no ha habido suficiente liderazgo en la Asamblea Legislativa Plurinacional para aprobarla. Varios contactos entrevistados han mencionado que existen presiones de ciertos grupos religiosos con mucha influencia dentro de la Asamblea para evitar dicha aprobación.

Evidentemente esta es una deuda pendiente en Bolivia y aprobar dicha ley sería una muestra clara de compromiso con esta agenda por parte del Estado. La evidencia demuestra que no solo es necesario la aprobación de una ley, sino que además se tiene que dotar a dicha ley de un presupuesto y se debe crear un mecanismo claro de implementación y de evaluación, con participación de la sociedad civil, para que la normativa tenga un impacto real en la vida de mujeres y niñas.

⁴³ En el Punto Resolutivo 5: Exhortar a la Asamblea Legislativa Plurinacional (...) desarrollen normas que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (...) y que las mismas coadyuven a resolver los abortos clandestinos.

⁴⁴ Véanse Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales sobre El Salvador*, CCPR/C/SLV/CO/6, párr. 10; Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales sobre Costa Rica*, CCPR/C/79/Add.107, párr.11; Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales sobre Nicaragua*, CRC/C/NIC/CO/4, párr. 59 (b). CEDAW, Concluding Observations: Andorra para. 32(a) (2013); (CESCR, Concluding observations: Chile, UN Doc. E/C.12/1/Add.105, para. 53 (2004))

⁴⁵ Véanse Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales sobre El Salvador*, CCPR/C/SLV/CO/6, párr. 10; Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales sobre Moldavia*, CCPR/C/MDA/CO/2, párr. 17;

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Como lo ha mencionado el propio gobierno en su informe y consta en los informes alternativos de la sociedad civil boliviana, “el Estado boliviano ha avanzado significativamente en el ámbito legislativo a partir de la promulgación de la Constitución Política del Estado el 7 de febrero de 2009, en la que se reconocen los derechos de las mujeres en más de 30 artículos. En el periodo 2009 - 2014 se han promulgado varias leyes que han incorporado disposiciones para proteger los derechos de las mujeres, tales como la equidad de género e igualdad de oportunidades, la paridad y la alternancia, la no discriminación, el derecho a una vida libre de violencia, así como la despatriarcalización, entre otras.”⁴⁶

Sin embargo, estos avances normativos, por lo menos en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, todavía son incompletos y no han estado acompañados por una estrategia integral efectiva que ataque las causas más profundas de las inequidades descritas en este informe. Dichas inequidades tienen que ver con la falta de poder que estas mujeres tienen a la hora de tomar decisiones sobre su vida reproductiva, y que muchas veces acarrea graves consecuencias para su salud o incluso la muerte.

Existen sin duda factores sistémicos y sociales que perpetúan la injusticia que los índices de mortalidad materna reflejan (relaciones entre pobreza rural, inequidad de género y étnica) y este es quizás el ejemplo más dramático de estas inequidades pero no el único. Estas falencias sistémicas afectan sin duda otros derechos sexuales y reproductivos, como el acceso efectivo a anticoncepción moderna incluida anticoncepción de emergencia y el acceso a servicios de aborto legal y seguro.

Los significativos esfuerzos realizados por el gobierno en el último decenio tanto en la lucha contra la discriminación como en la ampliación del acceso a derechos sociales para grupos tradicionalmente desaventajados, no han sido suficientes para evitar que algunas mujeres sigan muriéndose por causas evitables. Hace falta una decidida voluntad política de revertir muchísimos años de discriminación y violación de derechos fundamentales. En este sentido, Amnistía Internacional se permite hacer las siguientes recomendaciones al Estado Plurinacional de Bolivia:

- Aprobar una Ley de Derechos Sexuales y Reproductivos de manera urgente y otorgarle presupuesto y recursos humanos con la jerarquía suficiente dentro del Estado para ejecutarla satisfactoriamente y brindar un acceso universal a la salud sexual y la salud reproductiva de todos y todas, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad, prestando particular atención a personas en condición de vulnerabilidad, personas indígenas y personas que viven en zonas rurales y remotas, sin discriminación alguna. Incluir un mecanismo de evaluación con participación de la sociedad civil.
- Desarrollar una estrategia integral para disminuir efectivamente la mortalidad materna basada en evidencia, que incluya la implementación de un robusto enfoque multicultural construido mediante un proceso donde las mujeres indígenas puedan participar activamente e influenciar el diseño de las estrategias de salud multiculturales destinadas a beneficiarlas y participar en la evaluación de las mismas.
- Modificar la legislación para despenalizar el aborto en todos los casos y asegurar el acceso efectivo al aborto legal y seguro por lo menos en los casos de riesgo a la salud o vida de la mujer, malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina y cuando el embarazo es el resultado de una violación.

⁴⁶ http://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/BOL/INT_CEDAW_NGO_BOL_18421_S.pdf

- Tomar medidas urgentes para que el personal de salud no viole el secreto profesional y no denuncie por sospecha de aborto ilegal a mujeres que acuden al servicio de salud en busca de atención, y para que las mismas sean atendidas sin demoras, con calidad y calidez.
- Asegurar, en los casos en que el aborto es legal, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados, incluyendo la efectiva implementación de los “Procedimientos Técnicos para la implementación de la Sentencia Constitucional en servicios de salud”, que debería estar apoyada con campañas de difusión a personal médico, del sistema de justicia y a la población en general.
- Garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia.
- Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad desde la primera infancia, y respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos.
- Implementar programas de salud sexual y salud reproductiva integrales, oportunos y de calidad para adolescentes y jóvenes, que incluyan servicios de salud sexual y salud reproductiva amigables, con perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural, y que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando el principio de confidencialidad y privacidad, para que adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y derechos reproductivos, tengan una vida sexual responsable, placentera y saludable, y se eviten los embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual; y tomen decisiones libres, informadas y responsables con relación a su vida sexual y reproductiva y al ejercicio de su orientación sexual.
- Dar prioridad a prevenir el embarazo en la adolescencia y eliminar el aborto inseguro, mediante la educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad, incluida la anticoncepción oral de emergencia sin receta y los condones femeninos y masculinos.
- Promover políticas que contribuyan a asegurar que las personas ejerzan sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva.
- Reafirmar el compromiso y la voluntad política del Estado Plurinacional de Bolivia, al más alto nivel, de combatir y eliminar todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres y niñas, y promover activamente la sensibilización sobre la implementación de la perspectiva de género entre las autoridades de los tres poderes del Estado.

AMNESTY
INTERNATIONAL



www.amnesty.org