

PHH

SEMINARIO TALLER LUCHA CONTRA EL ABORTO

PA-NEE-731

22/4/80



MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA
DIRECCION NACIONAL DE MATERNO INFANTIL
CONFERENCIA EPISCOPAL DE BOLIVIA

PA-ABE-731

SEMINARIO TALLER

LUCHA CONTRA EL ABORTO

**20, 21 Y 22 DE MARZO. 1989
LA PAZ HOTEL**

INDICE

1.	PRESENTACION	7
2.	INTRODUCCION	9
3.	PROGRAMA	15
4.	AUTORIDADES Y PARTICIPANTES	17
5.	PRESENTACION DEL TALLER	
5.1	PALABRAS DEL Sr. MINISTRO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA, Dr. Joaquín Arce Lema	27
6.	INAUGURACION	
6.1	PALABRAS DEL Sr. ARZOBISPO DE LA PAZ Mons. Luis Saenz	31
7.	PONENCIAS Y/O CONFERENCIAS	
7.1	INTRODUCCION	33
7.2	LA POLITICA DE POBLACION - Lic. René Pereira	37
7.3	POBREZA Y REPRODUCCION - Lic. Carlos Carafa	55
7.4	ABORTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SALUD Dr. Cesar Peredo	65
7.5	EL ABORTO Y LA LEGISLACION BOLIVIANA Dra. Nancy Romero	71
7.6	REALIDAD EN LA QUE SE DESENVUELVE EL ABORTO - Dra. Liselotte de Barragán	87
8.	PANEL DE CONFERENCISTAS O MESA REDONDA	
8.1	Explicación	95
8.2	Principales preguntas y respuestas	97
9.	TRABAJO POR GRUPOS	
9.1	Explicación	105
9.2	Grupos:	
	1.- Aspectos médicos	107
	2.- Aspectos jurídicos	111
	3.- Aspectos sociales, culturales y éticos	115
	4.- Aspectos poblacionales	119

10.	CLAUSURA	
10.1	Conclusiones generales	123
10.2	Palabras de Mons. Saenz, Arzobispo de La Paz	125
10.3	Palabras del Sr. Ministro de Previsión Social y Salud Pública, Dr. Joaquín Arce Lema	128
11.	ANEXOS	
11.1	Problemática de salud reproductiva en Bolivia Dr. Gonzalo Nigoevich	131
11.2	CIDEM: Propuesta para la discusión sobre el control de la natalidad	137
11.3	CIES: Centro de Investigación, Educación y Servicios - El Aborto	139
11.4	MUJER, poema de Aída Carvajal de Bustillo	153
11.5	Salud reproductiva en Latinoamérica - Dr. Daniel Gutierrez T.	155
11.6	Enfoque de riesgo y salud reproductivo	159
11.7	Boletín	169
11.8	Aborto	175
11.9	CONCEPTOS	179

PRESENTACION:

El documento que presentamos a la opinión pública general es el resultado del trabajo realizado en el Seminario Taller "Lucha Contra el Aborto", evento que tuvo lugar los días 20, 21 y 22 de marzo de 1989 en el Salón "Illimani" del Hotel La Paz.

El acontecimiento organizado en un trabajo coordinado entre el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, a través de la Dirección Nacional Materno Infantil, la Secretaría de la Mujer, Salud y Desarrollo, dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública y la Iglesia Católica, mediante la Conferencia Episcopal Boliviana, contó con la asistencia de representantes de las diferentes organizaciones no gubernamentales que cooperan con el Programa "Mujer, Salud y Desarrollo".

Las diferentes ponencias presentadas, el panel de conferencistas y el trabajo de grupos, fueron desarrollados bajo responsabilidad de personas de comprobada experiencia en el área. En consecuencia, la transcripción de los documentos utilizados constituyen material de consulta e investigación, aporte valioso para una mejor y real comprensión de la mujer en relación a un tema conflictivo por naturaleza y siempre soslayado.

Creemos también que las discusiones, reflexiones y conclusiones a las que se llegaron, serán consideradas como base fundamental para llevar a la práctica conductas y acciones que eviten la dispersión actual en busca de un trabajo interrelacionado de instituciones sinceramente preocupadas en mejorar la situación de la mujer boliviana.

Agradecemos a todos los participantes y realizadores por convertir este evento en una realidad que nos ayuda a ser mejores.

La Paz, Marzo, 1989.

Dr. Alvaro Muñoz Reyes
DIRECTOR NACIONAL DE SALUD
MATERNO INFANTIL

AMR

**MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA
DIRECCION NACIONAL DE SALUD MATERNO INFANTIL**

**Aida Carvajal de Bustillo
JEFE NACIONAL PROGRAMA
MUJER, SALUD Y DESARROLLO**

INTRODUCCION:

El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y la Iglesia Católica a través del Secretariado Nacional Pastoral Social (SENPAS) de la Conferencia Episcopal Boliviana (CEB), ahondando en sus capacidades, han proyectado entre una multiplicidad de programas el de "Mujer, Salud y Desarrollo". Convencidos que la mujer en su rol protagónico en nuestra sociedad debe ser considerada en todos sus derechos y actividades, buscamos introducimos en un marco conceptual de diversas aristas, como son: los riesgos de morir durante el embarazo y el parto, la teoría improductiva y poco eficiente de los derechos legales en el matrimonio, la poca o ninguna posibilidad de ingresar a una buena educación (sobre todo en el área rural), para comenzar a particularizarlas con la perspectiva de lograr una mayor y efectiva acción.

La arista que separamos del conjunto de roles económico, social y biológico de la mujer es la de salud y su relación directa con el fin particular de engendrar y reproducir.

Aumentar el convencimiento de la importancia en el cuidado del cuerpo materno y del proceso creador, tiene que ser una meta prioritaria ineludible de la mujer.

Por ello, la discusión sobre el aborto, en medio de un mar de conceptos, ideas, proyectos y actividades dispersos, posibilita unificar y concretizar una base conceptual única. La misma que esperamos sea en un futuro inmediato impulsora de métodos y estrategias adecuadas para una verdadera y productiva situación de la mujer en un país en desarrollo como es el nuestro.

La situación de la mujer, en una visión general, está determinada por una estructura socio-económica tipificada dentro de los marcos de una sociedad subdesarrollada. Por consecuencia, la población femenina en las áreas rural y urbana, sin distinción, se constituyen en grupos prioritarios de atención.

En este sentido, creemos que además de concebir a la mujer como el elemento

de mayor preocupación para el análisis, debemos dirigirla hacia la posibilidad de conducirse en una actividad que la convierta en un ser dinámico e involucrado directamente con sus necesidades.

Recién entonces el trabajo, a nivel de planes y acciones de salud, tendrá un nuevo actor capaz de reconocer y crear con mayor afinidad y compatibilidad los caminos más adecuados para mejores logros.

Se trata de un reto compartido entre la posibilidad de generar apoyo institucional a partir de una visión que implique la implementación de acciones jurídicas efectivas y la actividad organizada que emerja del seno de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

El presente seminario aglutina estas motivaciones en el intento de convertirse en el paso importante para la discusión y análisis de un tema que por su carácter conflictivo y delicado ha sido abandonado permanentemente.

El Programa "Mujer, Salud y Desarrollo", plantea dentro de los contenidos y objetivos principales:

NIVEL GENERAL: Lograr la movilización de personas, instituciones relacionadas directa e indirectamente con la problemática del aborto inducido para enfrentar el problema a nivel nacional.

NIVEL ESPECIFICO: Concientizar acerca de la magnitud del daño causado por el aborto inducido sobre la morbi-mortalidad materna y el alto costo social, psicológico y económico a la sociedad.

Profundizar la revisión y actualización de la legislación sobre el aborto, tomando en cuenta los adelantos de las ciencias jurídicas, sociales y médicas, además de los patrones culturales del país.

Analizar las tendencias poblacionales de crecimiento, migración, asentamientos urbanos, urbano-periféricos, rurales para determinar las necesidades de desarrollo de estos diferentes grupos.

El planteamiento supone por dinámica propia la discusión de aspectos aleatorios, como:

La Participación de los medios de comunicación en programas de lucha contra el aborto y la transmisión de mensajes inductores de conductas que valorizan el género masculino en deterioro de la posibilidad de desarrollo de la mujer.

Las causas y mecanismos de la creación de tabúes, mitos y prejuicios. Cómo actúan y cuáles las expresiones y consecuencias más evidentes en los diversos estratos sociales en relación al embarazo no deseado y su desenlace.

La perspectiva de trabajo de la mujer en el marco de una sociedad en crisis ocupacional y su relación con la maternidad y otros aspectos que suponen importancia en relación al tema.

La metodología será participativa. Se otorgará una base conceptual sobre la problemática a partir de las ponencias presentadas, información de apoyo y el panel de conferencistas.

Posteriormente, se llevará a cabo la discusión en un trabajo de grupos, especialmente distribuidos en cuatro áreas: poblacionales, médicos, jurídicos y sociales, culturales y éticos-, para culminar con una presentación de conclusiones que se proyecten en programas y alternativas dirigidas a mejorar el tratamiento del aborto para la mujer boliviana.

La elección para participar en cualquiera de las áreas de interés es libre y está de acuerdo con la motivación particular de los invitados.

Cabe recalcar que los expositores son profesionales con experiencia y conocimiento de la temática. Consideramos su presencia un alto honor que justifica la seriedad del seminario.

De esta manera, el Ministerio de Salud Pública espera integrar los conocimientos y experiencias existentes para lograr el máximo de beneficio en la atención de la mujer y el derecho de nacer del niño boliviano. Derecho inmerso en un contexto donde el costo de cobertura de servicios de la salud es significativamente alto por nuestra topografía, con una falta de vías de comunicación, grandes distancias entre las áreas pobladas y lo que es más importante con una composición social donde los valores culturales difieren entre sí.

La lucha contra el aborto es el derecho a la vida.

Con estas reflexiones, iniciamos el Seminario-Taller, **Lucha Contra el Aborto.**

MINISTERIO DE PREVISION SOCIAL
Y SALUD PUBLICA[

CONFERENCIA EPISCOPAL
DE BOLIVIA

SEMINARIO-TALLER
"LUCHA CONTRA EL ABORTO"

20, 21 y 22 de Marzo, 1989

LA PAZ-HOTEL

La Paz - Bolivia

El Señor Ministro de Previsión Social y Salud Pública, Dr. Joaquín Arce Lema y Monseñor Luis Saenz Hinojosa, Arzobispo de La Paz y Presidente de la Comisión Episcopal de Acción Social de la Conferencia Episcopal Boliviana, tienen el agrado de invitarle(s) al SEMINARIO-TALLER "Lucha contra el Aborto", que se llevará a cabo los días 20, 21 y 22 de marzo en el La Paz Hotel (Ex-Sheraton).

Agradeciéndole(s) su participación activa y aportes a tan importante tema, hacen llegar a usted(es) atentos saludos.

La Paz, Marzo 1989

PROGRAMA

20 DE MARZO DE 1989

- Hrs9:00 PRESENTACION DEL TALLER
Dr. Joaquín Arce Lema
Ministro de Previsión Social y Salud Pública
- Hrs. 9:30 INAUGURACION
Mons. Luis Saenz Hinojosa
Arzobispo de La Paz y Presidente de la Comisión de Acción Social de la CEB.
- Hrs. 10:00 LA POLITICA NACIONAL DE POBLACION EN MATERIA
DE FECUNDIDAD Y MORTALIDAD
Lic. René Pereira Morató
- Hrs. 10:30 RECESO
- Hrs. 11:00 POBREZA Y REPRODUCCION
Lic. Carlos Carafa
- Hrs. 11:30 SITUACION DEL ABORTO DESDE EL PUNTO DE VISTA
DE SALUD
Dr. Cesar Peredo
- Hrs. 12:00 RECESO
- Hrs. 15:00 EL ABORTO Y LA LEGISLACION BOLIVIANA - VIRTUDES
Y DEFICIENCIAS
Dra. Nancy Romero
- Hrs. 15:30 ANALISIS DE LA REALIDAD DEL ABORTO
PROVOCADO
Cnl. Dr. Fernando López
- Hrs. 16:15 RECESO
- Hrs. 16:45 PANEL DE CONFERENCISTAS
- Hrs. 17:15 PREGUNTAS A LOS PANELISTAS

21 DE MARZO DE 1989

- Hrs. 9:00 **CONSTITUCION Y TRABAJO DE GRUPOS POR TEMAS ESPECIFICOS**
- Hrs. 10:30 **RECESO**
- Hrs. 11:00 **TRABAJO DE GRUPOS**
- Hrs. 12:00 **RECESO**
- Hrs. 15:00 **TRABAJO DE GRUPOS**
- Hrs. 16:15 **RECESO**
- Hrs. 16:45 **TRABAJO DE GRUPOS: ELABORACION DE CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

22 DE MARZO DE 1989

- Hrs. 9:00 **PLENARIA - PRESENTACION DE LOS TRABAJOS DE GRUPOS**
- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**
- Hrs. 11:30 **CLAUSURA**
En el Salón Versalles

AUTORIDADES DEL SEMINARIO

CONFERENCIA EPISCOPAL DE BOLIVIA

Monseñor Luis Saenz Hinojosa, Arzobispo de La Paz y Presidente de la Comisión de Acción Social de la Conferencia Episcopal Boliviana.

R.P. Mauricio Bacardit, Director del Secretariado Nacional de Pastoral Social de la Conferencia Episcopal Boliviana.

MINISTRO DE PREVISION SOCIAL Y SALUD PUBLICA

Dr. Joaquín Arce Lema

SUB SECRETARIO DE SALUD PUBLICA

Dr. Alberto Suarez Calvimonte

DIRECTOR NACIONAL DE SALUD

Dr. Angel Valencia

DIRECTOR NACIONAL DE SALUD MATERNO-INFANTIL

Dr. Alvaro Muñoz Reyes N.

NOMINA DE PARTICIPANTES

SEMINARIO-TALLER 'LUCHA CONTRA EL ABORTO'

INSTITUCION	NOMBRE
1. ASAMBLEA PERMANENTE DE DERECHOS HUMANOS	Dra. Gabriela Justiniano de Reyes
2. ASOCIACION DE MUJERES PROFESIONALES	Dra. Elsa Sandóval
3. ASOCIACION DE MUJERES PROFESIONALES	Lic. Isabel de Carrasco
4. ASOCIACION CRISTIANA FEMENINA	Lic. Adela Lozano Canova
5. ALIANZA DE MUJERES MEDICAS	Dra. Cristina Rentería
6. ALIANZA DE MUJERES MEDICAS	Dra. Virginia Centellas
7. ALIANZA DE MUJERES MEDICAS	Dra. Sonia Anfbarro Peredo
8. BÓLIVIA 2.000	Lic. Raúl Bustillo
9. CAJA NACIONAL DE SALUD-MATERNIDAD "18 DE MAYO"	Lic. Lucy Mejía Montoya
10. CAJA NACIONAL DE SALUD	Dra. Guadalupe Ferreyra
11. CAJA NACIONAL DE SALUD HOSP. OBRERO	Dr. Cesar Peredo
12. CAJA NACIONAL DE SALUD HOSP. OBRERO	Lic. Edna Serrano

13. CENTRO DE PROMOCION "GREGORIA APAZA"	Dra. Jacqueline Reyes
14. CENTRO DE PROMOCION "GREGORIA APAZA"	Lic. Diana Urioste
15. CENTRO DE PROMOCION "GREGORIA APAZA"	Lic. Carmen Ruiz
16. CENTRO DE ORIENTACION FAMILIAR	Dr. Carlos Salamanca
17. CENTRO DE ORIENTACION FAMILIAR	Sr. Omar Llano Vargas
18. CENTRO DE VIDA FAMILIAR	Dr. Gustavo Encinas
19. CENTRO DE VIDA FAMILIAR	Dra. María Lola López
20. CEMSE	Dra. Virginia Rencal
21. CEMSE	Lic. Consuelo Flores
22. CENTRO DE SALUD LA PAZ No. 1	Lic. Julio Belzu
23. CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIALES	Dr. Antonio Cisneros
24. CENTRAL OBRERA DEPARTAMENTAL	Sr. Dámaso Quispe Callisaya
25. CENTRAL OBRERA DEPARTAMENTAL	Sr. Teodomiro Apaza
26. CIES	Lic. Bertha Pooley
27. CIES	Lic. Celia Taborga
28. CIES	Lic. Rubén Belmonte
29. CIES	Lic. Rosario Calderón
30. CIASE	Lic. Alfredo Barrientos

- | | |
|--|----------------------------|
| 31. CIDEM | Lic. Sonia Montaña |
| 32. CIDEM | Dra. Yura Montoya |
| 33. COLEGIO NACIONAL DE ENFERMERAS | Lic. Cesarea López |
| 34. COLEGIO DE ENFERMERAS | Lic. Rosario Ayllón |
| 35. CONIF | Dra. Julia Uriona de Olmos |
| 36. CONSEJO POPULAR DE SALUD DPTAL. | Sra. Teresa Aranivar |
| 37. CONSEJO POPULAR DE SALUD DPTAL. | Sr. Roberto Ordoñez |
| 38. CONSEJO POPULAR DE SALUD DPTAL. | Sra. Marianela Revollo |
| 39. CONSEJO POPULAR DE SALUD
NACIONAL. | Sra. Katya Ordoñez |
| 40. CONSEJO POPULAR DE SALUD DEPTAL. | Sr. Claudio Tórrez |
| 41. CONSEJO NACIONAL DE POBLACION | Lic. Susana Rance |
| 42. CONSEJO NACIONAL DE POBLACION | Lic. Franklin García |
| 43. CONSEJO NACIONAL DE POBLACION | Lic. René Pereira |
| 44. CONSULTORIO DE LA MUJER
"KUMAR WARMI" | Sra. Mary Marca |
| 45. COLEGIO MEDICO DEPARTAMENTAL | Dr. Edgar E. Flores |
| 46. COLEGIO MEDIO DEPARTAMENTAL | Dr. Raúl Prada |
| 47. CONFEDERACION DE CLUBES
DE MADRES | Sr. Yecid Mollinedo |
| 48. CONFEDERACION DE CLUBES
DE MADRES | Sra. Felicidad Pinto |

49. COMANDO GENERAL DE LA POLICIA	Dr. Luciano Gutiérrez
50. COMANDO GENERAL DE LA POLICIA	Dr. Jorge Carrión
51. COORDINADORA DE LA MUJER	Sra. Fernanda Sostres
52. COORDINADORA DE LA MUJER	Sra. Eva Udaeta
53. COLEGIO MEDICO NACIONAL	Dr. Enrique Barrientos
54. COLEGIO NACIONAL DE TRABAJADORAS SOCIALES	Lic. Giomar Quiroz
55. FENASONG	Dra. María Luisa Salinas
56. FENASONG	Dr. Freddy Moscoso
57. FEDERACION DE CLUBES DE MADRES L.P.	Sra. Filomena Quisbert
58. FEDERACION DE MUJERES CAMPELINAS	Sra. Elsa Ortiz
59. FEDERACION DE MUJERES CAMPELINAS	Sra. Filomena Cuentas
60. FUNDACION SAN GABRIEL	Lic. Eliana Vargas
61. FUNDACION SAN GABRIEL	Lic. Nancy Borth
62. HOSPITAL DE CLINICAS	Dr. Wilge Panoso
63. HOSPITAL DE CLINICAS - PSQUIATRIA	Dra. Silvia Quiroga
64. HOSPITAL DE CLINICAS	Lic. Alicia Morales
65. HOSPITAL SAN GABRIEL	Dra. Liselotte Barragán
66. HONORABLE ALCALDIA MUNICIPAL	Dr. Carlos Paredes

67.HONORABLE ALCALDIA MUNICIPAL EL ALTO	H. Hortensia Rodríguez
68.HOY - SUPLEMENTO FEMENINO	Sra. Carolina Alaiza
69.INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA	Lic. Antonio Gómez
70.INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA	Lic. Enrique Carrasco
71.JUNTA NACIONAL DE ACCION SOCIAL	Lic. Lourdes Leytón
72.JUNTA NACIONAL DE ACCION SOCIAL	Lic. Rery Pérez
73.JUNTA NACIONAL DE ACCION SOCIAL	Dr. Javier Orozco
74.MOVIMIENTO FAMILIAR CRISTIANO	Sr. Javier Maldonado
75.MNR	Dra. María Teresa Paz
76.M.P.S.S.P. COMUNICACION SOCIAL	Lic. Marisol Sanjinés
77.M.P.S.S.P. - EPIDEMIOLOGIA	Dra. Ruth Calderón
78.M.P.S.S.P. - MATERNO INFANTIL LA PAZ	Dr. Juan Carlos Carazas
79.M.P.S.S.P. - MATERNO INFANTIL LA PAZ	Dr. Vitalio Mizutani
80.M.P.S.S.P.- MATERNO INFANTIL LA PAZ	Lic. Isabel Rojas
81.M.P.S.S.P. - NUTRICION Y ALIMENTACION	Dra. Nancy Rojas de F.
82.M.P.S.S.P. - NUTRICION Y ALIMENTACION	Dra. Ana Quiroga
83.M.P.S.S.P. - RECURSOS HUMANOS	Dr. Gonzalo Vargas

84.M.P.S.S.P.- SERVICIOS DE SALUD	Lic. María del Carmen Laura
85.M.P.S.S.P. - TRABAJO SOCIAL	Lic. Elizabeth Michel
86.NACIONES UNIDAS	Ing. Waldo San Martín
87.NACIONES UNIDAS	Sr. Jesús Herrera
88.NACIONES UNIDAS	Lic. Susana Donoso
89.OPS/OMS	Dr. Daniel Gutiérrez
90.PREFECTURA	Dr. Heriberto Cabrera
91.SOCIEDAD BOLIVIANA DE GINECOLOGIA	Dr. Alfredo Dulón
92.SOCIEDAD BOLIVIANA DE GINECOLOGIA	Dra. Ruth Maldonado
93.SOCIEDAD BOLIVIANA DE GINECOLOGIA	Dr. José Larrea Antelo
94.SOCIEDAD BOLIVIANA DE PEDIATRIA	Dr. Juan Carlos Alvarado
95.SOCIEDAD BOLIVIANA DE PEDIATRIA	Dr. Guillermo Torrico
96.SOMARC	Sr. Jaime Bascón
97.SOMARC	Dra. Roxana Ascimani
98.SOMARE	Lic. Enriqueta Alcérreca
99.SEAPAS	Lic. María de los A. Monroy
100.SENPAS	P. Mauricio Bacardit
101.SENPAS	Sra. Karin Monasterios
102.SENPAS	Sra. Begonia Martínez

103.SENPAS	Dr. Ronald Gutiérrez
104. SIERVAS DE MARIA	
105. UNICEF	Dr. Oscar Castillo
106. UNICEF	Lic. Laura Camerlingui
107. USAID	Sra. Sandra Wilcox
108. USAID	Dr. Paul Hartemberger
109. UMSA - CARRERA DE ENFERMERIA	Lic. Hilda Arosqueta
110. UMSA - CARRERA DE ENFERMERIA -	Lic. Teresa Figueroa
111. UMSA - CENTRO DE ESTUDIANTES MED.	Sr. Igor Pardo
112. UMSA - CENTRO DE ESTUDIANTES MED.	Sr. Oswaldo Morejón
113. UMSA - FACULTAD DE MEDICINA	Dr. Raúl Alcazar
114. UMSA - FACULTAD DE MEDICINA	Dr. Luis Zapata
115. UMSA - FUL	Sr. Juan Loayza
116. UMSA - MAESTRIA EN SALUD PUBLICA	Dr. Francisco de Urioste
117. UMSA - MAESTRIA EN SALUD PUBLICA	Dr. Jaime Evia
118. UMSA - CARRERA DE TRABAJO SOCIAL	Lic. Marcela Molina
119. UNIVERSIDAD CATOLICA	Sr. Wolkman Barragán
120. UMSA - CANAL 13	Sra. Beatriz Mena
121. FEDERACION DE MAESTROS RURALES	Prof. Angel Clavel, Prof. Emilia Kanki
122. CEDOIN	Sra. Jessica Becher

ASISTENTES EVENTUALES:

Sra. Jimena de Sánchez de Lozada	MNR
Sra. Lulú Sánchez de Lozada	MNR
Sra. Ximena Calvo	MNR
Dra. Teresa de Blacut	MNR
Dra. Beatriz Peinado	MIR
Dra. Rosario Paz	MIR
Sra. Zulema Alanes	COB
Sra. Martha de Serrate	HOY (Periódico)
Sra. Teresa Nuñez del Prado	HOY (Periódico)
Sra. Ana María Fabri	HOY (Periódico)
Sra. Jessica Becher	INFORME 'R'

PRESENTACION DEL TALLER

Dr. Joaquín Arce Lema
Ministro de Previsión Social
y Salud Pública

Monseñor,
Distinguidos participantes:

Una de las prioridades del Gobierno del Dr. Paz Estenssoro, es la protección a la mujer y al niño. Dentro de esa política de protección a la mujer, hemos visto que el aborto constituye una causa de mortalidad y morbilidad muy importante en nuestro país. También vimos que el problema es complejo, por las múltiples causas e implicaciones que conlleva este hecho. Por eso es que nos hemos permitido coordinar con la Iglesia católica y las organizaciones que están representadas de alguna manera en este seminario para que podamos llevar a cabo este evento. Agradezco especialmente a Monseñor Luis Saenz por su presencia, así como al padre Mauricio Bacardit.

Me voy a permitir indicar algunas consideraciones y cifras que tal vez para ustedes, especialmente para las mujeres, son conocidas, pero que forman parte de la base de información que nos permitió llevar a cabo este evento.

El Gobierno conoce que la situación de la mujer y de la familia en general es particularmente compleja en Bolivia. La crisis económica que afecta a la Nación, ha determinado que la tasa femenina de participación laboral se incremente, en especial con la inserción de numerosas mujeres madres en la economía informal; debe anotarse asimismo un fenómeno de migración del campo a la ciudad, con las consiguientes características de cambio de costumbres tradicionales.

La unión consensual es frecuente, y también las familias con jefatura femenina, por ausencia temporal o definitiva del padre, se presentan con bastante frecuencia en nuestro país.

Se debe anotar además que la actitud de la juventud hacia el sexo ha cambiado, se ha vuelto una actitud más liberal. Sin embargo, esta actitud no va acompañada de la consiguiente educación sexual.

La tasa de mortalidad materna es de aproximadamente 48 defunciones por 10 mil nacidos vivos, lo que significa que el año pasado han muerto por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, 1.530 madres que han comprometido, directa o indirectamente a 50.000 personas, en especial familiares. De esas muertes maternas, aproximadamente el 30%; es decir 459 defunciones, es posible que se deban al aborto inducido.

En Bolivia el aborto es ilegal, sin embargo en la práctica como vemos, hay un gran número de abortos clandestinos. Nosotros creemos que la penalización de la mujer que practica el aborto, como indica la Ley, dificulta el reporte de muchos casos de aborto y la consiguiente sanción por las leyes del país.

El aborto es un problema no sólo de salud, sino también social y económico.

La Dirección Nacional Materno-Infantil de nuestro Ministerio, ha estimado que en 1989 se producirán alrededor de 40 mil abortos de los que un 20 a 50 por ciento es posible que sean inducidos. Esos abortos, de los que sólo un 30% llega a los Hospitales, pueden provocar la muerte por hemorragia o por infección, de muchas madres que en muchos casos, mueren sin auxilio médico.

Las investigaciones realizadas entre 1980 y 1988 por diferentes autores, revelan que su número se ha incrementado. En 1970, uno de esos estudios reveló que el 27% de las mujeres entrevistadas había recurrido alguna vez al aborto.

Diez años después, con otra encuesta, se descubrió que la cifra era de 42%. En 1988, con motivo de actividades de lucha contra el cancer genital, en Cobija, Cha-llapata, Oruro y Trinidad, la cifra promedio llegó a 54%.

Entre 1975 y 1979, de 5.130 pacientes que se internaron en el Servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas de La Paz, 2.850; es decir el 45.8%, ingresaron con diagnóstico de aborto incompleto.

En 1970, se internaron por aborto incompleto en establecimientos hospitalarios del Ministerio, 2.226 pacientes. En 1978 la cifra ascendió a 4.574 y en 1982 a 5.280, o sea 15% en relación a 15 años atrás.

La situación del aborto en algunos lugares del país es particularmente delicada. Hacemos esta afirmación basándonos en la revisión de estadísticas que ha hecho la Dirección Nacional Materno-Infantil, tanto de datos propios como de los que han publicado agrupaciones científicas y privadas.

Merecen nuestra especial preocupación, Oruro, Cochabamba, Sucre y Trinidad. En esas ciudades la tasa de abortos ha superado la cantidad de 20 por cada 1.000 mujeres en edad fértil, cifra que es considerada crítica.

Con todo este panorama crítico, es posible percibir el drama social que acompaña a una muerte materna.

La madre es el eje del hogar. Por lo general ella decide los aspectos educativos de los hijos, así cómo y cuando alimentarlos. En salud, ella sabe cuándo consultar o cómo tratar determinadas enfermedades.

Cuando una madre fallece, quedan en la orfandad entre 2 y 3 niños y se compromete el futuro de la familia, eso cuando una madre fallece, pero muchas madres quedan incapacitadas de por vida o quedan enfermas e incapaces de colaborar con su familia, por todo esto no queda duda de que tenemos que hacer algo. En este momento, el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, tiene un programa de lucha contra el aborto inducido. Funciona desde hace un año en dos establecimientos y hemos atendido alrededor de 205 mujeres.

En Oruro se han incorporado cifras incluso mayores la dificultad está en que estamos trabajando con mujeres que han llegado al Hospital con un aborto incompleto. Sin embargo, nosotros creemos que nuestras acciones deben ir mucho más allá, nuestras acciones en información, educación y comunicación sobre métodos anticonceptivos deben llegar a todas las mujeres en edad fértil y se deben ofrecer varios métodos, nosotros creemos que con una adecuada educación sexual, con una información sobre los períodos fértiles que tiene la mujer se podrían evitar muchos embarazos no deseados, también (y estamos aquí para discutirlo), se debe ver la posibilidad de ofrecer alternativas: la planificación familiar natural, dispositivos intrauterinos, T de cobre y preservativos. ¿ Son esas medidas útiles? nosotros estamos aquí para discutir las ventajas y desventajas de cada una de esas acciones.

Mientras más alternativas se tengan, mayor será el número de parejas que opten por un método anticonceptivo. El objetivo es prevenir el aborto y creemos que la conciencia de todos los estamentos que están aquí representados están destinados a planificar una mayor educación sexual y evitar el sufrimiento de nuestras familias, la muerte de muchas madres o enfermedad de algunas.

Yo quiero abrir este Seminario Contra el Aborto y pedir a Monseñor Luis Saenz que inicie el evento.

**MENSAJE DE INAUGURACION DE MONSEÑOR
LUIS SAENZ HINOJOSA, ARZOBISPO DE LA PAZ Y
PRESIDENTE DE LA COMISION DE ACCION SOCIAL DE LA
CONFERENCIA EPISCOPAL BOLIVIANA**

Señores:

Yo les agradezco por esta concurrencia, por esta preocupación, como ha dicho bien el Sr. Ministro, pues es la preocupación no sólo del Gobierno, sino de todos los bolivianos, todos cuantos quisiéramos el progreso, no sólo en el aspecto material, sino moral.

Según los datos que acabamos de escuchar de parte del Sr. Ministro, sin duda el tema es cautivante y alarmante al mismo tiempo. De los 6.922.852 habitantes que tiene Bolivia, según datos del INE, 1.668.446 son mujeres en edad fértil de 15 a 49 años de edad, de las cuales el 53% son menores de 19 años.

Teniendo en cuenta todo esto, a la Iglesia lo que más le preocupa no sólo es la salud física, sino también la salud mental, ética y moral. A la Iglesia le preocupa el carácter trascendental, porque no creemos que el feto sea un ser humano simplemente, es un ser creado por Dios, con todos los derechos, digno de ser respetado. Dios nos da la vida, por ello exige también la Iglesia, respeto y defensa de la vida, si Dios nos da la vida, nosotros tenemos la obligación de defenderla, consideramos que es un derecho fundamental, es el primer valor del hombre, el derecho a la vida y a su dignidad de persona. Los criterios orientados en este sentido no deben ser solo criterios técnicos, criterios biológicos. Estamos hablando de responsabilidad moral y de una criatura de Dios, dotada de alma, que comparte la parte divina de su Creador: Dios.

La existencia humana no puede ser reducida a lo puramente biológico, el hombre es algo más que la pura ciencia y técnica y si alguno duda de que la criatura no nacida es un ser humano o no, esta duda ha sido despejada por el Magisterio de la Iglesia que dice lo siguiente: "Desde el momento en que el óvulo es fecundado, se inaugura una vida nueva que si no se desarrolla por sí misma, jamás llegará a ser humano, si no la ha sido desde entonces". A esta evidencia de siempre, la genética moderna otorga una contundente confirmación que muestra que desde el primer instante se encuentra fijado el programa de lo que será ese ser viviente, un hombre, un ser humano. Por lo tanto, aunque sea feto, merece respeto incondicional, es sujeto moral, es un ser humano dotado de cuerpo y espíritu y, por tanto, debemos reconocer todos los derechos humanos, fundamentalmente el derecho a la vida. El aborto es un infanticidio.

Es verdad que los que defienden el aborto, aducen argumentos tales como:

- No es un ser humano porque no es capaz de intercambiar amor.
- No es un ser humano porque no es consciente de sí mismo.

Si no somos amados ni deseados, no seremos seres humanos, o un joven inconsciente en estado de coma, o una abuelita con derrame cerebral ¿No tiene derecho a tener la vida o ser tenido como ser humano?, si a un niño hay que matarlo porque es feto, porque es indefenso, porque no se le desea o tiene algún defecto, ¿Habría que matarlo también después de su nacimiento?.

De la unión del óvulo y del espermatozoide nace un ser humano porque Dios así lo ha dispuesto, "un ser humano", distinto de sus padres y que posee diferentes cromosomas. Ese ser nunca ha existido anteriormente, es una persona la que comienza a vivir y que contiene en sí la totalidad de lo que necesita para crecer, madurar, desarrollarse, durante ocho meses y medio, dentro de su madre, y hasta un promedio de 70 a 75 años, fuera de ella, de acuerdo a la situación de cada uno de nuestros países se puede morir en cualquier momento, pero recuerden, la muerte está siempre precedida por la vida.

Es bueno que cada uno de nosotros reflexionemos buscando sin duda respuestas válidas para detener toda esta situación dramática del aborto.

Solamente quisiera decirles que los médicos, enfermeras y todos cuantos nos dedicamos a la salud, debemos defender la vida y no hacer lo contrario. Nuestra obligación es defenderla y cuidarla.

Queridos hermanos, con estas palabras de reflexión, dejando a un lado todas las estadísticas que tenemos a mano, tanto oficiales como las que no son oficiales, quisiera dar por inaugurada esta asamblea, reiterando mi gratitud sincera, especialmente al Sr. Ministro y a todos cuantos han colaborado para que este encuentro se realice.

Creemos que es un hito muy importante, muy trascendental y que será un comienzo para empezar a ver la realidad y tratemos de ayudarnos todos, instituciones y personas, para dar una solución de orientación adecuada, de formación, a fin de que con una educación dentro de las normas ético morales y cristianas, podamos traer un poco de paz, tranquilidad y un mejor conocimiento acerca de este problema.

INTRODUCCION PONENCIAS

LAS CONFERENCIAS QUE SE TRANSCRIBEN A CONTINUACION SON TRABAJOS ELABORADOS CON ANTICIPACION Y ESPECIALMENTE PARA EL TALLER-SEMINARIO "LUCHA CONTRA EL ABORTO".

SIN DUDA ALGUNA, CONSTITUYEN UN APOORTE INVALUABLE Y ESPERAMOS QUE PROMUEVAN EN EL LECTOR UNA SERIA REFLEXION SOBRE LA PROBLEMÁTICA, ADEMÁS DE PROPORCIONARLE INFORMACION DE APOYO PARA FUTUROS TRABAJOS.

AGRADECEMOS SINCERAMENTE A LOS AUTORES DE LOS MISMOS Y ESPERAMOS SIGAN DESARROLLANDO SU LABOR PARA BIEN DEL PAIS.

CURRICULUM VITAE

NOMBRE: René Augusto Pereira Morató
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: La Paz, 25 de enero de 1948
DOMICILIO: Achumani (2do. Puente) c. 22 # 50
TELEFONO: Dom. 793635 - Of. 359090
CAJON POSTAL: 5423, La Paz - Bolivia

ESTUDIOS REALIZADOS:

Humanidades: - Colegio San Calixto Bachiller

Superior: - Universidad Mayor de San Andrés Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales. Licenciado en Sociología.

Post-grado: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Chile. Maestría en Ciencias Sociales de Población.

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)
Centro de Estudios Demográficos - Universidad de la Habana, Cuba. Certificado

ACTIVIDAD PROFESIONAL:

(Actual) Ministerio de Planeamiento y Coordinación, Consejo Nacional de Población (CONAPO). Secretario Técnico Ejecutivo.

ACTIVIDADES DOCENTES: Universidad Mayor de San Andrés. Catedrático en Carrera de Sociología.

Universidad Católica Boliviana. Carrera de Ciencias de la Comunicación.

BASES TECNICAS PARA LA CONSTRUCCION DE UNA POLITICA NACIONAL DE POBLACION EN MATERIA DE FECUNDIDAD Y MORTALIDAD



Lic. Rene Perelra M.
Secretario Técnico Ejecutivo
CONAPO

DOCUMENTO PRESENTADO AL " SEMINARIO - TALLER
LUCHA CONTRA EL ABORTO "
M.P.S.S.P. - CONFERENCIA EPISCOPAL DE BOLIVIA
20 - 22 DE MARZO, 1989

1. Introducción

El deterioro continuo del nivel y calidad de vida, especialmente de los grupos sociales mayoritarios del país, ligado a una percepción generalizada de los altos costos sociales, por efecto de la crisis económica, vuelve a situar en el debate la necesidad y pertinencia, pero a su vez la viabilidad y los márgenes de acción de las políticas sociales en las que se incluyen las políticas de población.

La política social la comprendemos no sólo como las medidas y efectos de la intervención del Estado, sino además como el conjunto de instancias y espacios de construcción social con participación directa de la sociedad civil. Ello implica restar el carácter monopólico del Estado, y asumir una perspectiva pluralista de política social. El Estado, no obstante, deberá seguir cumpliendo sus roles principales de financiador, coordinador y regulador, pero a su vez deberá articular a todos los subsistemas que inciden en política social (no gubernamentales, comercial, iglesias, de solidaridad como la familia, amigos, vecinos, etc.), en el esfuerzo de conciliar el principio de la equidad con la eficiencia.

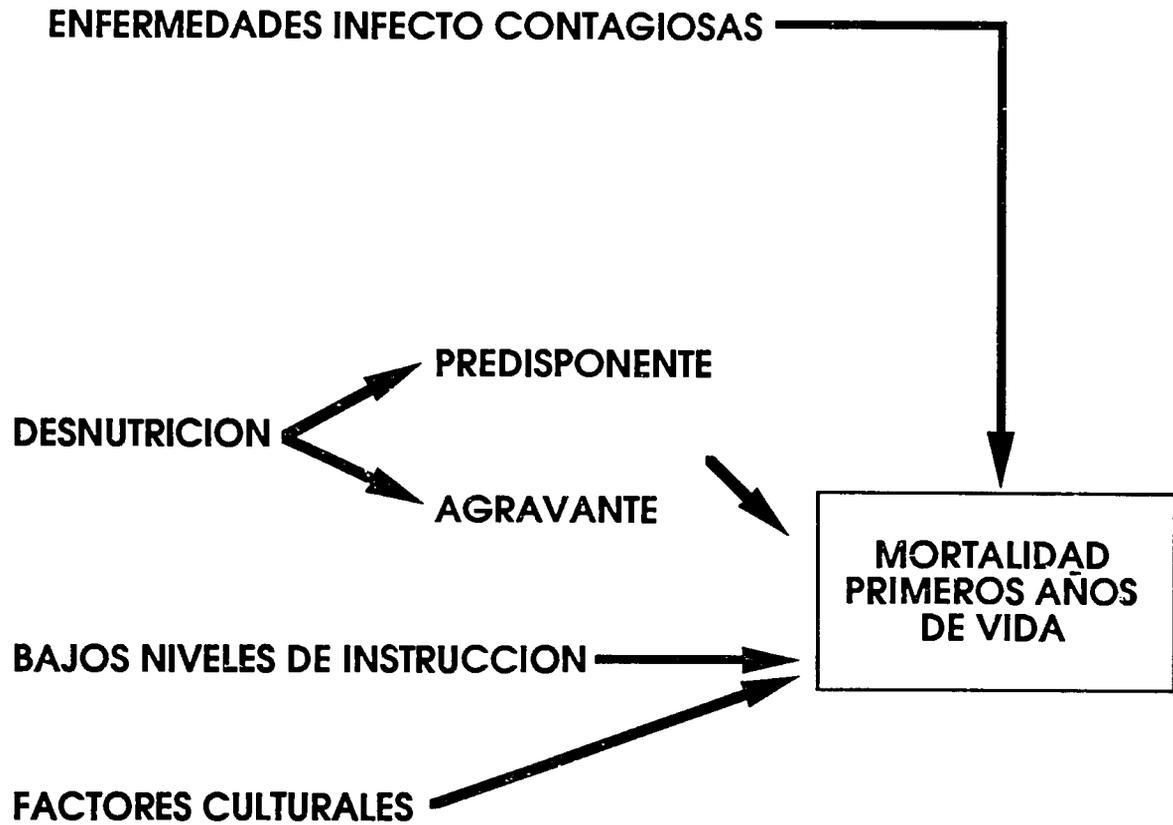
En este marco general, se debe indicar que han sido importantes los logros de la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Población (CONAPO), que aunque inicia sus acciones desde el año 1978 como un proyecto de carácter eventual, vio la necesidad de encuadrarlo dentro de un proceso de institucionalización. Así se crea CONAPO, el 16 de Septiembre del año 1984, mediante Decreto Supremo No. 20483 con la finalidad de constituirse como "organismo central o director, encargado de promover, coordinar, normar e integrar las acciones relacionadas con los movimientos característicos, volumen demográfico y otros afines a la población". Este mandato conferido mediante instrumento legal es aún una aspiración y un objetivo por alcanzar, porque innumerables factores que van desde los órdenes más estructurales hasta incluso los de carácter metodológico, han configurado un conjunto de problemas y desafíos que todavía debemos resolver.

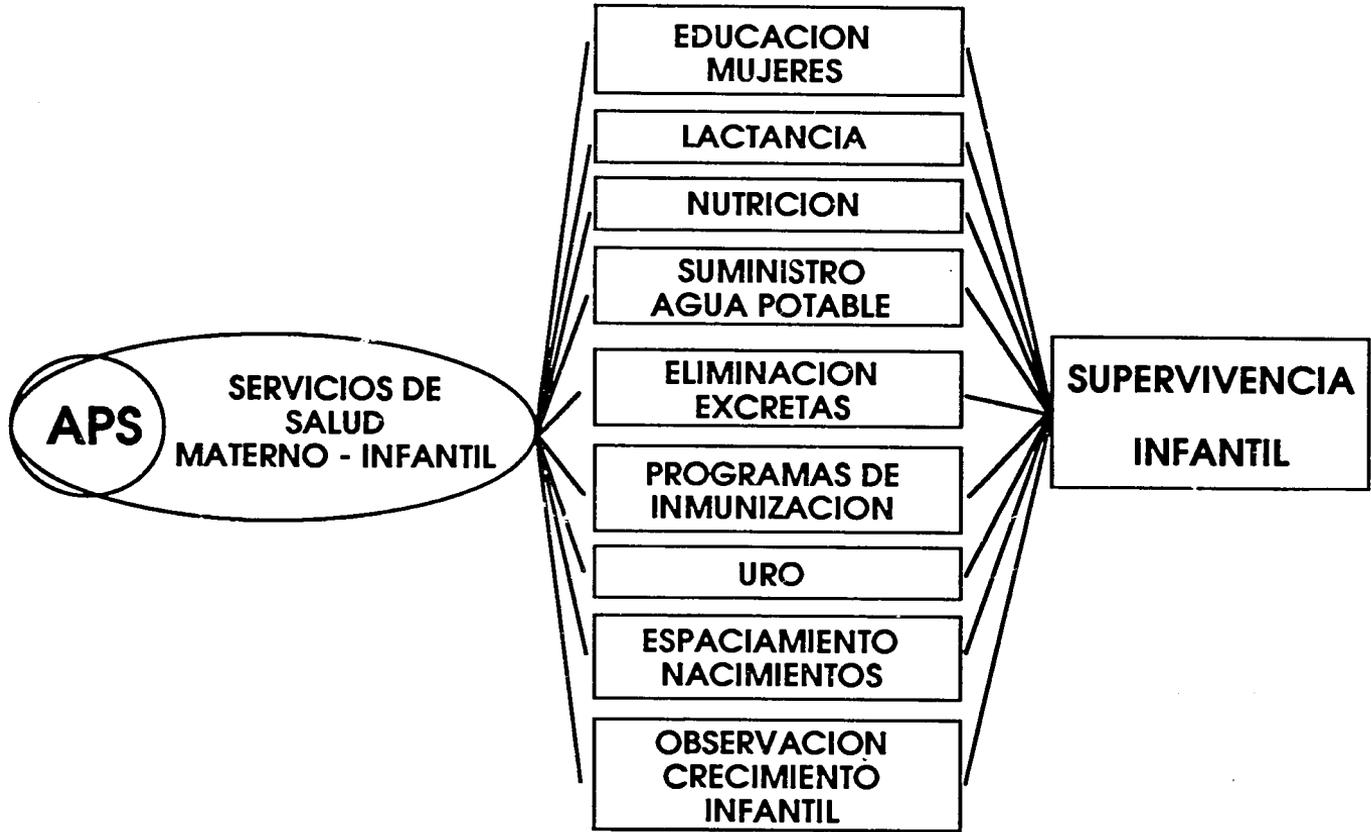
2. Políticas sobre la Mortalidad

ESPECTATIVA DE VIDA EN AÑOS, POR PAISES

PAIS	Eº
URUGUAY	72.2
CHILE	70.4
ARGENTINA	70.3
VENEZUELA	69.7
PARAGUAY	66.1
ECUADOR	60.0
COLOMBIA	64.9
BRASIL	64.5
PERU	58.6
BOLIVIA	52.8

Fuente: Banco Mundial





ESTRATEGIA

- EXAMENES PRENUPCIALES
(embarazos alto riesgo)
- ATENCION PRENATAL Y PERINATAL
(asegurar alumbramientos normales)
- PARTERAS CAPACITADAS
- PROGRAMAS DE NUTRICION
 - embarazadas
 - madres Lactantes
- EVITAR ABORTO
- PROGRAMAS, INFORMACION Y SERVICIOS PF.
 - edad inadecuada
 - Intervalos cortos
 - hijos numerosos
- EDUCACION DE LA COMUNIDAD

OBJETIVO

**REDUCCION
MORBILIDAD
Y
MORTALIDAD
MATERNA**



3. Políticas sobre la Fecundidad

Las profundas desigualdades económicas que caracterizan a nuestro país, expresadas en diferencias de clase social, regional y cultural, se reflejan también en un comportamiento diferencial de la fecundidad. Estudios efectuados han demostrado claramente que la fecundidad es mayor:

- cuanto más bajo es el nivel de instrucción de la madre;
- cuanto más monolingüe aymara o quechua es el idioma predominante de la mujer;
- cuanto más empobrecido es el estrato social de procedencia de la mujer y de la unidad familiar;
- cuanto más ruralizado es el contexto de residencia de la mujer y de la unidad familiar.

No es casual que los elevados niveles de fecundidad se hallen fuertemente correlacionados con elevadas tasas de mortalidad en menos de dos años:

<u>Estrato Social</u>	<u>Tasa Global Fecundidad</u>	<u>Nivel Mortalidad Menores dos años</u>
MEDIOALTO	4 a 5	93 a 142
BAJO URBANO	6 a 6.5	154 a 240
AGRICOLA	7 a 9	181 a 288

Fuente: CONAPO; Gutiérrez M. Bolivia: La mortalidad en los menores de dos años según el CNPV, 1976.

Por lo tanto, las políticas de población en materia de fecundidad no pueden ser unívocas, sino necesariamente diferenciales.

Contextos rurales

Incluso en estos contextos, las respuestas deben atender también a las profundas diferencias que se dan al interior de ellos.

De manera general, se debe indicar que los niveles de fecundidad tan elevados que presentan estos contextos, debido a una nupcialidad temprana; fecundidad no controlada y nacimientos no planificados devienen en un comportamiento funcional y

una suerte de estrategias de sobrevivencia de las familias campesinas frente a su economía familiar y a su cultura. En efecto, el tamaño esperado de su familia y no alcanzado por la alta mortalidad infantil (en algunos contextos de alta ruralidad, en estratos sociales agrícolas no asalariados, se han encontrado probabilidades de muerte de alrededor de 330 por cada mil niños menores de dos años), la reposición de los hijos muertos y el valor económico atribuido a ellos, constituyen condicionantes de una alta fecundidad rural.

En efecto, un estudio de caso 1/ efectuado en una comunidad campesina de cultura aymara: Pampa Aullagas (Prov. Ladislao Cabrera del Depto. de Oruro), cuya actividad principal es la pecuaria y complementariamente se dedican a la agricultura y al trabajo temporal, el comportamiento reproductivo tiende hacia la maximización del número de hijos, por la particular percepción que tienen acerca de que un mayor número de hijos deviene en potencial para incrementar la producción; diversificar las actividades económicas y en consecuencia, mejorar el nivel de ingresos y lograr el bienestar familiar. Esta evidencia queda confirmada al hallar que el patrón de nupcialidad es más temprano que en otros contextos; pero a su vez, por la alta participación de los niños en el pastoreo, permitiendo que los adultos puedan quedar libres para otras actividades productivas.

Otros contextos rurales ligados íntimamente a la tierra, sienten una presión significativa de su población sobre este recurso que cada vez se hace más escaso, por los permanentes procesos redistributivos, y por tanto, los comportamientos reproductivos, son favorables a la minimización del número de hijos, porque el tamaño esperado de hijos supera los límites de la reproducción diaria de la unidad familiar.

En efecto, el mismo estudio referido, pero en este caso efectuado en tres comunidades del Norte de Potosí cuya actividad principal es la agricultura y complementariamente la pecuaria; la fragmentación de la tierra y el acceso crecientemente inaccesible, comporta efectos negativos en el ingreso familiar, problemas en lograr una buena educación y, por tanto en dificultad para mantener niveles mínimos de calidad de vida, aspectos que inciden en comportamientos reproductivos tendentes hacia la minimización del número de hijos. Y, lo que es aún muy grave, ante la imposibilidad de planificar la vida, planifican la muerte por la vía del aborto inducido, infanticidio y menor atención hacia los hijos no deseados.

Las líneas de acción para el conjunto de los contextos rurales son las siguientes:

- * Reforzar el patrón de lactancia materna prolongada con un triple efec-

to positivo:

- Reducción de la morbi-mortalidad perinatal e infantil.
- Reducción de la mortalidad materna.
- Que la fecundidad no se eleve.

- * Realizar campañas multimedias de educación sexual, que vayan dotando de una correcta información, particularmente respecto a todos los componentes del comportamiento reproductivo, en razón de haber encontrado, en algunos contextos, cogniciones erróneas respecto a la ovulación, creyendo que se encuentran fértiles en el período menstrual.
- * Atender la demanda eventual de información y servicios de planificación familiar, prioritariamente con orientación sobre métodos naturales, que podrían tener mayor aceptación en las áreas rurales.

Finalmente, en consideración de la experiencia de todos los países del mundo que han evolucionado en la llamada "transición demográfica", las bajas alcanzadas en la mortalidad infantil y general, han precedido siempre a los descensos en la fecundidad, por lo que si se quiere mejorar la calidad de vida de la población rural, por la vía de lograr la autodeterminación en la elección del número de hijos, la política más clara es apuntar con un conjunto de acciones preventivas y de inmunización, como se indicó anteriormente, para primero, bajar la mortalidad.

Al largo plazo, puede ser el desarrollo rural que se traduce en nueva tecnología, integración al mercado, nucleamiento de la población dispersa y elevación de los niveles de educación, que pueda inducir hacia una movilidad social ascendente por la vía de la calificación de los hijos, lo que se hace irreconciliable con la cantidad de ellos, situación que creará un deseo generalizado por un tamaño racional de hijos en la unidad familiar.

Contextos urbanos

El comportamiento reproductivo en los contextos urbanos, aunque también presenta diferencias según el mayor o menor grado de urbanización, es sistemáticamente más bajo que el rural. La actual tendencia declinante permite pensar que, en general, las parejas acceden a algún tipo de planificación familiar.

1/ CONAPO-CIID, Tiempo de Vida y Muerte. Estudio de caso en dos contextos andinos de Bolivia. La Paz, 1986.

Estudios últimamente realizados, indican que el aborto inducido es un medio que usan las mujeres, para controlar los nacimientos indeseados. De 1978 a 1988, el 55% de las internaciones en el Servicio de Ginecología del Hospital Obrero de la CNSS, se debió a problemas del aborto.

Las complicaciones por causa del aborto, constituyen la primera causa de mortalidad materna de aquella tasa convencional de 48/10.000 que hablan oficialmente las estadísticas.

Y mientras no se preparen las condiciones económicas y socioculturales, continuará incrementándose el aborto, no sólo como un medio ilícito para regular la reproducción humana, sino lo que es más grave, como un medio atentatorio contra la vida y la madre del niño.

Razones culturales y religiosas, han inhibido la discusión y acceso al conocimiento sobre temas de orden biológico, sexual y reproductivo, lo que trae como consecuencia embarazos no deseados, especialmente en adolescentes de ambos sexos.

Un estudio realizado recientemente ^{2/}, en base a la aplicación de una sencilla boleta aplicada a 7.958 mujeres internadas en centros maternológicos de las ciudades pertenecientes al eje central, demuestra claramente la incidencia significativa de factores biológicos ligados a la fecundidad, que podrían ser absolutamente controlables, y que inciden en la mortalidad temprana. Así la edad de la madre, cuando ésta se embaraza menor de 19 años y por encima de los 35; el número de hijos al interior de la familia, presenta una correlación positiva con el riesgo de muerte infantil; y, finalmente, los intervalos intergenésicos menores de 18 meses van aparejados a altos niveles de mortalidad infantil. Indudablemente, además de la presencia de otros factores determinantes, es la ausencia del servicio de planificación familiar que conlleva estos embarazos no deseados, como mal espaciados y particularmente riesgosos que incidirán definitivamente en la muerte materno-infantil. (Ver gráfica).

Ratificamos la Declaración de México, 1984, sobre Población y Desarrollo, cuando indica: "Las mujeres y los niños son las víctimas principales de la fecundidad no regulada.

Los embarazos muy numerosos, muy frecuentes, muy precoces, muy tardíos, son una causa importante de la mortalidad y la morbilidad de madres, lactantes y niños de corta edad".

La respuesta institucional:

- * Información y educación sexual y familiar, particularmente en la población adolescente.
- * Prevención de embarazos no deseados, proporcionando a todos los sectores de la población, incluyendo los hombres, información, capacitación y medios, a fin de ayudar a las parejas e individuos a tener el número deseado de hijos.
- * Desaliento del aborto como medio para regular la reproducción humana.
- * Información y servicios de planificación familiar voluntaria y libre con métodos prescritos médicamente en el marco de la atención materno-infantil.
- * Alfabetización, educación y empleo para la mujer, en razón de la alta sensibilidad de estos factores con la disminución de la fecundidad y la mortalidad, de modo que se haga posible su plena participación en la vida económica, social y cultural compatible con la importante función de la maternidad.

Crecimiento Poblacional

Según estimaciones oficiales del INE, la tasa promedio de crecimiento anual de la población nacional es de 2,75, la segunda más alta después de Paraguay en la región latinoamericana, contrastada con la de Argentina y Uruguay que presentan el ritmo más bajo regional de 1.3 y 0.8%, respectivamente.

El crecimiento poblacional que experimenta Bolivia es acelerado porque de continuar a este ritmo, la población se duplicará en 26 años, es decir que hacia el año 2.014, el volumen demográfico alcanzará aproximadamente a 12.741.158 habitantes.

Conocemos aún muy poco sobre las implicaciones que tiene este ritmo de crecimiento poblacional no sólo en el presente, sino particularmente en el mediano y 2/ SIAP, Estudio sobre relaciones entre fecundidad y mortalidad infantil en maternidades de las ciudades de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, Bolivia, 1987-1988.

largo plazo, no es sólo un dato estadístico sino un llamado para asumir las previsiones necesarias, porque el aumento de la población significa un crecimiento de necesidades básicas, de salud, alimentación y educación primero, y ocupación, ingresos y otros servicios después.

Con la tasa promedio de crecimiento, nacen aproximadamente 293.000 habitantes y mueren alrededor de 96.000, lo cual significa un crecimiento natural de 197.000 personas, que afectadas por los movimientos migratorios internacionales, cuyo saldo neto representa un balance negativo de 8.000 personas en promedio anual, el crecimiento significa 186.000 nuevos contingentes humanos.

La pirámide de población que presenta el país, es característica de los países del Tercer Mundo; la amplia base indica una elevada proporción de niños en la cohorte de 0-4 años, como consecuencia de una fecundidad muy elevada y una alta mortalidad que inicia un relativo descenso. Es decir, rasgos típicos de aquellos países como el nuestro, que apenas han iniciado la llamada "transición demográfica" y que ligado a un alto porcentual de población comprendida entre 0 y 19 años (54%) y población femenina en edad reproductiva (22%), plantea desafíos enormes hacia la inversión social que el Estado debe resolver.

El estereotipo de Bolivia como "país deshabitado" debe discutirse. Si bien nuestro promedio de densidad nacional es más bajo entre los países de la región latinoamericana, cuando este promedio es observado interregionalmente y no por la superficie en bruto sino según la superficie cultivable, la relación es la siguiente:

	ALTIPLANO	VALLES	LLANOS
PERSONAS/Km2 TOTALES	13.4	12.5	2.1
PERSONAS/Km2 CULTIVABLE	56.1	30.5	4.6

No obstante, si bien nuestro país tiene aún un potencial enormemente receptivo para albergar unas cuantas veces más nuestro actual volumen demográfico -de ahí que el control natal como objetivo de política sea un contrasentido- no podemos concluir con políticas irrestrictamente poblacionistas.

Qué sentido tiene salvar niños de la muerte temprana para que luego la desnutrición, la enfermedad y la misma muerte hagan presa de ellos posteriormente?

Por otro lado, ninguna experiencia nacional ha demostrado que el crecimiento

y el volúmen de un mayor número de habitantes, por sí sólo, ha resuelto los problemas de la pobreza y el atraso.

Hoy día es aún muy pertinente plantear esta pregunta para nuestro país: un aumento de población produce resultados económicos considerables? O quizá, los problemas de nuestro atraso económico, se pudieran simplificar y aún resolver, si redujéramos o desaceleráremos el índice demográfico en las regiones de presión?

En Julio del año 1986 entre el MPSSP y CONAPO, se delinearón políticas en materia de salud y población 3/ las que pueden ser sintetizadas de la siguiente manera:

- Bolivia requiere no solamente mayores volúmenes cuantitativos de población sino mejoras cualitativas en su nivel de vida.
- El control de la natalidad no puede ser un objetivo de la política de población.
- Se reconoce el derecho de las parejas e individuos para decidir el número y espaciamiento de sus hijos.
- Por motivos de salud y no demográficos, se debe introducir la planificación familiar selectiva hacia aquellas mujeres, que por decisión voluntaria y métodos aceptados médicamente, presenten riesgos obstétricos que colocarían en peligro la vida y la salud de la madre por una elevada multiparidad; embarazos frecuentes o intervalos cortos y recurrencia a aborto.

Hacia algunos elementos de consenso

El debate suscitado en este último tiempo, nos permite contribuir, señalando estos elementos de consenso:

- Necesidad ineludible de la definición desde el más alto nivel de políticas nacionales en materia de población.
- Derecho soberano en la formulación y aplicación de políticas demográficas y rechazo a todo intento de injerencia externa o impuesta.

3/ MPSSP-UNIPA-OPS-OMS-CONAPO, Consideraciones para una Política de Población y Salud en Bolivia, La Paz-Bolivia, 1986.

- Derecho a la autodeterminación de la pareja, la mujer y el individuo hacia una decisión por el tamaño de su familia y la libre elección de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos.
- Valoración del sentido de la maternidad y defensa por la vida, pero desincentivar al interior de las políticas sociales, el rol exclusivamente reproductivo de la mujer.
- Derecho a la información y educación sexual, especialmente sobre temas ligados al comportamiento reproductivo y a la planificación familiar para permitir en la pareja una decisión libre y voluntaria sobre su futuro familiar.
- Aplicaciones diferenciadas de la política, referente a la fecundidad, frente a un comportamiento reproductivo heterogéneo en el país.
- Rechazo a la esterilización involuntaria y al aborto provocado como método corriente de planificación familiar e insistencia en la prevención de embarazos no deseados.
- Atención a casos de subfecundidad y esterilidad.

CURRICULUM VITAE

NOMBRE : Carlos Carafa Rada
Licenciado en Sociología
Universidad Católica de Chile

- Asesor de la Cooperación Técnica Suiza en los programas de asistencia técnica al país, principalmente Ayuda a la Balanza de Pagos y el cofinanciamiento con Banco Mundial al F.S.E. (1984-1988).
- Subsecretario de Coordinación Interministerial Ministerio de Planamiento y Coordinación 1983-1984.
- Asesor del Consejo Nacional de Población del Ministerio de Planamiento y Coordinación (1984-1988).
- Asesor de la Dirección de Planificación Social del Ministerio de Planamiento y Coordinación 1976-1983.
- Profesor de la Universidad Católica, Carrera de Psicología en Técnicas de Investigación, Taller de Tesis (1975-1988).
- Profesor en cursos de Planificación Social. UNICEF, ILPES, CIDES, FLACSO 1986 (La Paz) 1987 (Oruro).
- Asesor de la Cooperación Técnica Suiza (COTESU) y del Consejo Nacional de Población (CONAPO).
- Profesor de la Universidad Católica de Bolivia.

PUBLICACIONES PRINCIPALES

Notas para una investigación sobre la cooperación técnica internacional en el país. Revista Estado y Sociedad de FLACSO. En prensa 1988.

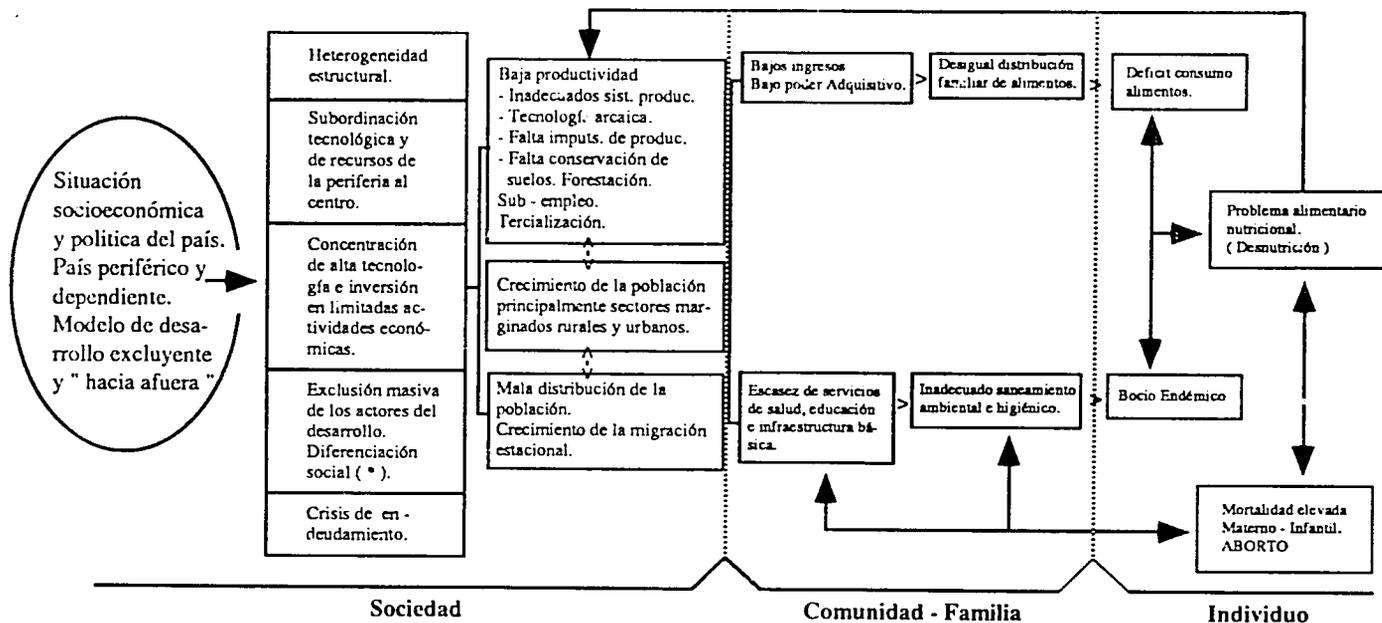
"El mejor método anticonceptivo es el desarrollo" en el libro Los Grupos Postergados de Bolivia. UNICEF-1986.

"Salto al futuro: La población objeto y sujeto del desarrollo", co-autor Fondo de Naciones Unidas para Actividad de Población-MPC Edit. Diseño Art. 1984.

"Luz y sombra de la vida: mortalidad y fecundidad en Bolivia", co-autor. Editorial Siglo XX, La Paz, 1983.

"Mujer, clase y discriminación social", co-autor Editorial el Siglo, 2da. Edición 1987.

EL ABORTO COMO ESLABON DE UNA CADENA DE PROBLEMAS



- Ver el aborto como un eslabón de una cadena de problemas que tienen mutuas implicaciones y afecta a diferentes instancias: La sociedad, la comunidad, el individuo.
- El problema es heterogéneo y multidimensional, por lo tanto el tratamiento debe ser diferenciado e integral.
- Disminuir los altos índices de mortalidad infantil y materna es un objetivo consensual de cualquier política poblacional.
- Preguntas:

- ¿ A que eslabones de la cadena se pretende afectar?
- ¿ No es la mujer el eslabón de cierre de los círculos de problemas ?
- ¿ Que papel pudiera jugar la concientización - educación de los grupos afectados ?

(*) Para graficar el tema se adjuntan mapas y gráficos sobre el tema de la calidad de vida y pobreza en el país.

- Fuente original IMCAP 1978
- Adiciones y ajustes
Carlos Carafa 1989

Problemas de Salud

EL ABORTO: ESLABON DE UNA CADENA DE PROBLEMAS

Lic. Carlos Carafa

El propósito de la exposición es tratar de que ustedes tengan una visión un tanto global del encadenamiento que tiene el problema específico del aborto.

Cuando uno se encuentra en estas exposiciones, normalmente está en la disyuntiva de qué enfoque darle; hacer algo global, demasiado deductivo, decir cosas generales que son válidas aquí o en cualquier parte, o entrar por un camino más inductivo y específico, mostrar datos, hechos. Lo más difícil es tratar de buscar una buena combinación de ambas que permita tener, como se dice, buenas fotografías, pero también tener una idea de secuencia, una "película" y ese es el intento (ojalá se logre) de mostrarles a ustedes el problema del aborto en sus implicaciones y a su vez en las determinaciones que tienen.

El material que tienen a mano ciertamente no ha sido preparado específicamente para esta exposición; son reflexiones que vienen de años atrás, hechas desde el Ministerio de Planeamiento, sobre el tema de la población en el país, pero creo que son todavía útiles porque el problema no solamente sigue vigente, sino es un problema que se va agudizando cada vez más.

Ustedes tienen como guía didáctica un cuadro, sobre el aborto como el eslabón de una cadena de problemas. Simplemente voy a tratar de ubicarme en la exposición con ese cuadro desarrollando cuatro ideas:

- Heterogeneidad y diferenciación social como marco de referencia.
- A quiénes afecta más el problema de la diferenciación social y voy a referirme a los bolsones críticos de pobreza. Hay una relación muy estrecha y directa entre estos bolsones de alta mortalidad y alta fecundidad, que son indicadores de calidad de vida y la base para haber identificado los bolsones críticos de pobreza en el país.
- Tratar de reflexionar sobre cuál es el eslabón más débil de este encadenamiento y referirnos a la mujer y finalmente quizás soltar algunas ideas sobre el rol que pudiera tener la educación, la concientización, la información sobre esta compleja problemática..
- La constatación de que existen fuertes diferencias sociales y económicas en el país y de que nos encontramos delante de un mosaico socio-económico y cultural muy diverso nos ha llevado simplemente a hacer referencia a estos dos conceptos:

- Heterogeneidad estructural
- Diferenciación social

La dimensión de la heterogeneidad estructural hace relación a una superposición y co-existencia de formas productivas y relaciones sociales correspondiente a diferentes fases y modalidades de desarrollo en la región, interdependientes en su dinámica dentro de los límites de estado políticamente unificados. Este concepto es útil para los fines que nos interesan, porque nos permite un poco, ubicar al país dentro de lo que les decía, este mosaico político-cultural y en una estructura productiva institucional¹ muy heterogénea, muy entrecruzada y confusa.

Desde los niveles tecnológicos, las formas de relaciones, las organizaciones sociales existentes y la dinámica poblacional por lo tanto, reflejan y son una consecuencia de la heterogeneidad estructural. Es claro que en el país es evidencia esta co-existencia de sectores económicos conectados a un capitalismo exportador moderno, con altos índices de productividad, con acceso a tecnología, con altos índices de productividad, con acceso a información y, por otra parte, sectores que no tienen acceso a ninguno de estos bienes, ni ninguna de estas posibilidades de inserción más amplias. En otras palabras, en el país se da una yuxtaposición de todas estas formas de trabajo, producción y organización y esto implica un elemento ya básico de diferenciación, las formas cómo las personas que se insertan en el sistema productivo son distintas y esas formas distintas dan también distintos accesos a los distintos bienes que produce esta sociedad.

El acceso a bienes, al poder, plantea la exclusión de una mayor parte de los actores sociales en el desarrollo.

Este hecho se puede ilustrar ampliamente con la información tanto sobre mortalidad y fecundidad, como por los bolsones de pobreza existentes en el país.

En los datos del último censo, pese a que se pueden juzgar como desactualizados, existe información muy sugerente al respecto y con toda seguridad se puede afirmar que las tendencias marcadas por esa información se mantienen.

Por ejemplo:

- En el área rural en todos los estratos rurales la mortalidad infantil es muy elevada, sobre todo en los valles donde se llega a unos 288 niños muertos por mil nacidos vivos.

- Las poblaciones mineras presentan una mayor mortalidad que la de los valles en los estratos no agrícolas asalariados llegando a una tasa de 352 por mil.
- Otro punto crítico de mortalidad infantil está en la población quechua de los valles en sus estratos campesinos, donde se obtuvo una tasa de 344 por mil.
- Las mujeres que hablan solamente lenguas nativas (quechua y aymara) presentan la mortalidad más elevada.
- Se estimó que de unos 187 mil niños que nacieron en un año, 40 mil probablemente murieron antes de cumplir los dos años de vida, vale decir, que una población equivalente a la ciudad Tarija, desaparece cada dos años de nuestro mapa.
- En fecundidad las diferencias son también evidentes, 4 hijos promedio en los estratos medio-urbanos, 6 hijos en los estratos bajos no agrícolas, 6 en los sectores agrícolas de los contextos de altiplanos y valles y alrededor de 9 en los llanos.
- A una mayor ruralización mayor fecundidad. La mayor diferencia se observó en el contexto de alta ruralidad de los llanos, 8.7 hijos por mujer y la ciudad de La Paz que tiene 4.4.
- Los niveles de fecundidad, lo mismo que en mortalidad, tienen una relación inversa y negativa con los niveles de educación. Las mujeres con ningún o muy bajos niveles de instrucción tienen la fecundidad más elevada y registraron las tasas de mortalidad más altas.
- Se estima que en 1986 hubieron unos 1.500 casos de abortos y que de ese total cerca a unas 5 mujeres murieron por complicaciones. Problema que se presenta sobre todo en sectores urbano-marginales.

A su vez, se observa la relación inmediata que existe entre esa problemática y las conclusiones materiales de existencia y de trabajo, cerrando un verdadero círculo vicioso: Los que más se reproducen son los que tienen y pueden menos. Las dos primeras columnas del gráfico que hacen a factores estructurales y de la sociedad ilustran este fenómeno. Se puede abundar con muchas cifras el problema de la pobreza en el país, pues ya existen como 6 ó 7 ejercicios de mapas de pobreza con diferentes indicadores. En esta oportunidad se adjunta alguna información de referencia. El dato más dramático dado por R. Morales en un trabajo con UNICEF es que un 80% de la

población boliviana es pobre y de este porcentaje un 60% indigentes y del 20% no pobres existe un 15% en la frontera de la pobreza.

Existen muchas definiciones sobre la pobreza y sus clasificaciones, pero todas señalan como base los déficit en condiciones mínimas de vida (agua, saneamiento básico, salud, nutrición, educación, vivienda) que son el marco que explican las condiciones de reproducción biológica y social.

En el gráfico de referencia estos fenómenos se expresan a nivel de la comunidad y la familia, pero es importante señalar que están estructuralmente condicionados y a su vez, tienen derivaciones y encadenamientos a nivel del individuo.

El tema nos lleva a otro eslabón sobre el que es útil reflexionar, cuando uno está pensando en esta problemática, se pregunta sobre ¿quién realmente recae el peso del problema? Y ve sin lugar a dudas que es sobre la mujer. Ella es, a esos niveles entre lo individual y comunitario que se constituye en el eslabón de cierre de otro círculo vicioso de pobreza: Es la que tiene a su cargo la gestación, la procreación en pésimas condiciones de saneamiento básico, de nutrición, es la que lleva la carga gruesa en la crianza y socialización de los niños, siendo además por lo general, el más importante apoyo para la producción familiar y a su vez, la menos capacitada. La menos preparada e informada y con menos medios, una suerte de paradoja caquiiana, el factor reproductivo social económico fundamental de estas poblaciones, es la mujer y es el factor más discriminado y postergado del acceso a bienes básicos, capacitación e información.

Cuando uno mira en este cuadro que tienen ustedes, las posibles y mutuas relaciones del problema, ve que en el extremo inferior se da como una secuencia más el problema del aborto. Es decir, como uno de los elementos relacionados a las altas tasas de mortalidad materna y que repercuten en nivel individual primero, pero el relacionamiento va hacia la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto.

Para entender este problema ... ve que el encadenamiento nos sugiere, obvia y fundamentalmente, analizar completamente el tema de las condiciones mínimas de vida y condiciones básicas de reproducción social, pero como este tema es complejo y amplio podríamos quedarnos sólo en una de las dimensiones más importantes: La educación. Las variables de educación y comunicación, entendidos en un sentido amplio, como formas de transmisión de ideas, conocimientos e información, de ese mundo valórico y simbólico de una sociedad y como vehículos de socialización y crianza, se relacionan con la temática poblacional de diversas maneras y en diferentes instancias.

Se puede afirmar que las variables de educación y de información cruzan transversalmente a todo el trinomio demográfico, la mortalidad, la fecundidad y las migraciones, sin pretender ser exhaustivos y sólo para mostrar algunos alcances se pueden señalar los siguientes:

- La educación como variable asociada a otros contextos, como son: la ocupación, el ingreso, el nivel de vida, acceso a servicios, muestra una relación muy estrecha con los comportamientos de la mujer en materia de mortalidad y fecundidad, vale decir, aquellas que están menos instruidas, menos informadas, son las que muestran una mortalidad más elevada y un número de hijos mayor. Existe una relación inversa, entre el grado de instrucción de las madres y los niveles de mortalidad en niños de 0 a 2 años, el riesgo de morir en estos niños, alcanza un máximo en mujeres analfabetas.

En el caso de la fecundidad¹ la educación igualmente actúa como expresión de factores socioeconómicos. La información disponible en el país, señala que la fecundidad de las mujeres sin instrucción duplica a las mujeres con 9 años o más, según diferentes contextos socio-espaciales. Parece que la influencia de la educación en la fecundidad cuando no sobrepasa el umbral de 9 años, está más condicionada por las variables de educación e información que ya señalamos.

No obstante esta constatación, cabe preguntarse por lo menos en teoría si la educación influye realmente. Como hipótesis podemos señalar 4:

1. Mediante la postergación de la edad de iniciación de relaciones sexuales estables.
2. Mediante la reducción de la lactancia materna. Actúa en sentido de elevar la fecundidad.
3. Mediante una mayor participación en el trabajo asalariado y cambio en las aspiraciones de movilidad social.
4. Finalmente, mediante un acceso más fácil a la información y conocimiento sobre uso de medios disociativos y de regulación.

Relacionando estos 2 puntos mujer-educación, si uno piensa de manera más específica sobre todo en algunas implicaciones que tiene el desconocimiento del cuerpo humano, la anatomía, la fisiología de la reproducción, ve que este desconocimiento, se constituye en el telón de fondo de otros problemas recurrentes; como el del aborto

provocado, el infanticidio, con sus diferentes secuelas, los embarazos tempranos o muy tardíos, muy numerosos, con riesgos considerables ya conocidos y constatados.

Se puede entonces desprender que educación y comunicación en población puede ser una vertiente a explotar pues hace relación a 4 áreas temáticas interrelacionadas entre sí:

- La sexualidad humana
- Vida familiar
- Area sociodemográfica
- Ecología humana

Las dos primeras tienen un carácter más micro-social y las segundas son más macro. Las primeras inciden acumulativamente en las segundas y luego todas se interrelacionan entre sí.

Se puede asumir que tener sujetos sociales capacitados e informados sobre sexualidad y vida familiar, podría influir posteriormente en los niveles sociodemográficos y de ecología humana. Además, se podría pensar que se neutralizarían problemas tan críticos como los del aborto y el infanticidio.

Pero, el tema de cómo encarar educación y comunicación en poblaciones pobres, dispersas, sin medios de acceso, con barreras culturales muy grandes, lo hace complicado y difícil. Por esto, sugerir de manera mecánica políticas y programas en el campo de educación no tiene relevancia ya que por muy bien diseñado y respaldado que esté un programa masivo de educación, que incorpore esas 4 áreas antes mencionadas, no resolverá el problema justamente por la razón que planteamos al inicio de estos comentarios, que son las variables contextuales: ingreso, ocupación, nivel de vida, donde se asocian todas estas otras dimensiones de la educación y la información.

Si no se toca el transfondo estructural y ahí venía la intención de mostrarles las mutuas implicaciones del problema, es difícil hablar de soluciones sectoriales, por su extrema parcialidad. Hecho ése y asumiendo de manera realista que si bien los programas de educación aislados no resolverán el problema, pueden constituirse en un paleativo y contribuir significativamente -sobre todo desde el punto de vista de creación de conciencia y generación de información- para enfrentar progresivamente el problema en su conjunto.

Finalmente, quisiera dejar planteadas dos reflexiones que tratan de cerrar el delineamiento muy rápido y somero que hice en esta exposición.

Por una parte es evidente que delante de una problemática heterogénea diversa, multidisciplinaria, no caben posiciones sectoriales, sino integrales, es un problema que requiere una visión y un tratamiento intersectorial multidisciplinario. Ver el encajamiento y no sólo los eslabones. Por otra parte, es indispensable optimizar lo escaso en un país como el nuestro que tiene muy pocos recursos y que no podemos darnos el lujo de desperdiciarlos y cuando estamos pensando en recursos, no sólo estamos pensando en dinero y en "stock" de dólares, estamos pensando en potencializar todo lo que son recursos organizativos, institucionales y culturales que la población en sí puede aportar. En nuestro caso, creemos que es necesario potenciar los recursos humanos, institucionales, estos recursos organizativos y de movilización existentes en el campo de salud, educación población, producción-científica, académica, promoción, educación, servicios gubernamentales y no gubernamentales, buscando optimizar el trabajo de cada quien, relacionar y coordinar unos con otros en una búsqueda de sinergia institucional.

Entendiendo que el esfuerzo de este tipo de seminarios y de convocar a muchas instituciones, tiene esta intención, llegar por lo menos a una discusión común y a identificar ciertas áreas de convergencia que permitan ir relacionando trabajo en el futuro inmediato. Esto es posible llevando la reflexión a un nivel más nuestro, Es posible cuando hay conciencia sobre el problema, cuando tenemos la posibilidad justamente de visualizar el problema en un contexto más amplio. Tratar el aborto por el aborto y desde una perspectiva únicamente médica, nunca va a ser suficiente; el tema está reclamando pensar en cómo señalar esas mutuas implicaciones y relaciones.

NOMBRE:

Dr. Cesar Peredo Alaiza

- **MEDICO GINECO-OBSTETRA**
- **EX-DIRECTOR DE SALUD
MATERNO INFANTIL**
- **EX-JEFE DE ENSEÑANZA DEL
HOSPITAL OBRERO**
- **JEFE DEL SERVICIO DE
GINECOLOGIA DEL HOSPITAL
OBRERO.**

EL ABORTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE SALUD

El problema del aborto en nuestro medio es antiguo. Seminarios, como el presente que congregan a personas e instituciones tan representativas, deben buscar no ya el diagnóstico del problema, sino su solución.

Yo quisiera dividir esta presentación en 3 partes. En la primera, situar el problema, en su magnitud actual. En la segunda, acercarnos a conocer las motivaciones de la población que recurre al aborto. Y en la tercera, plantear una alternativa.

Este problema ha sido denunciado en varias oportunidades con un propósito más de punición que de solución. A nuestro juicio, la solución de por qué una mujer recurre al aborto, no es el castigo, sino la investigación de sus motivaciones y la solución de éstas.

La mujer sabe que un aborto inducido (que es el eufemismo que utilizamos para decir que es provocado) conlleva un riesgo físico y produce un daño moral y aún así, recurre a él. No es necesario castigarla, sino entenderla. Por otra parte, pese a todo lo que se ha dicho hasta el presente sobre el aborto inducido, éste se incrementa cada vez más.

La Unidad Sanitaria en Santa Cruz denunció que el 50% de los embarazos terminan en aborto. La Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia en una excelente investigación sobre el tema publicada en 1986 y realizada en hospitales de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz, Oruro y Sucre, encontró que existían casi 13 (12,89) abortos por cada 1.000 mujeres, que el porcentaje de aborto inducido en mujeres solteras es 3 veces mayor que en las casadas y que un 8,2% estaba dado en personas muy jóvenes, entre 14 y 19 años. Por otra parte, la tasa de defunciones por aborto inducido era de 60 x 10.000.

En el Hospital Obrero de La Paz en la década de 1967-76, hubieron 4.292 abortos y el porcentaje de ocupación de camas por aborto era 46% en el Servicio de Ginecología. En la década de 1978-87 los abortos ascendieron a 6.325 (algo más de 2.000 abortos) y el porcentaje de ocupación de camas subió a 50,6%. Un buen número de estos abortos eran complicados. El porcentaje de abortos sépticos fue del 15%.

Las internaciones por aborto han significado más de 12.000 días no trabajados y un costo de Sus. 1.872.000 en la última década. Las internaciones por aborto se presentaron en mujeres de todas las edades reproductivas, en jóvenes de menos de 15 años como en mujeres de más de 40.

Por otra parte, el problema del aborto no termina cuando la paciente sale del hospital, pues un número de ellas quedará con secuelas, a veces, definitivas, por las que seguirá demandando atención médica. He aquí pues un problema para conocerlo y solucionarlo.

Con este propósito de conocer lo que estaba pasando, efectuamos una encuesta anónima, voluntaria y privada en 247 mujeres internadas por aborto.

Los puntos más sobresalientes de esta encuesta fueron que la gran mayoría, 73,3%, desempeñaba alguna actividad remunerada. La gran mayoría, también, 74,5% declaró que el ingreso económico familiar era de Bs. 200.- o menos. La gran mayoría, 91,3% había tenido uno o más abortos inducidos y el promedio de abortos por mujer era de tres.

Preguntadas por qué no evitaron el embarazo si no lo deseaban, cerca de una cuarta parte, 23,4% no sabía como hacerlo y más de la mitad, 55% sabiendo que debían adoptar un método de anticoncepción "por descuido" no lo hicieron hasta que se produjo el embarazo.

Una vez presentado el embarazo se interrogó cuál fue la razón para recurrir al aborto. La mayoría arguyó una causa económica (43%) para no tener un hijo más. El 18% deseaba tener otro hijo, pero "no todavía", estaba haciendo espaciamiento gestacional con el aborto. El 17% arguyó motivos sociales que le impedían tener ese hijo (solteras o viudas). Un 11,5% refirió una imposibilidad definitiva para tener otro hijo, pero no la imposibilidad fisiológica, sino familiar, social, cultural y económica. En un 10% el embarazo terminó en aborto obligada por el esposo que tomó la decisión de concluir el embarazo.

Un dato interesante para la consideración es que algo más de la mitad de estas mujeres (54,8%) eran muy jóvenes, de menos de 30 años, es decir que tenían 15 o más años de vida fértil todavía, sin embargo dos terceras partes de ellas manifestaban su deseo de no tener más hijos. Cómo puede una persona evitar un embarazo durante 15 años?

Finalmente, dos datos más sobre esta investigación. Dónde y quién practicó el aborto. Este se produjo en la propia casa de la mujer en 8,3%. En la casa del operador o en una sala de curaciones habilitada al efecto en un 20%. En algún consultorio médico en el 38%, y en una clínica en el 33,5%.

la problemática poblacional del país, y son en realidad dos temas que teniendo relación son diferentes. La población de un país es una decisión política demográfica que debe crear los recursos e instrumentos necesarios para tener el número de habitantes que el desarrollo permita buscando el mejoramiento de la calidad de vida. El aborto es un problema de salud, de raíz económica y social.

Todavía más, a veces se quiere distorsionar una posición y una solución, confundiendo la planificación familiar con el control de la natalidad. Este es un instrumento demográfico cuyo objetivo es reducir el número de nacimientos. La planificación familiar es un instrumento de salud que busca que la madre y los hijos que nazcan sean saludables.

De vez en cuando, alguien desde un sillón burocrático y alejado de la realidad pregunta amenazadoramente si en el país alguien hace planificación familiar. Entonces nos convencemos que el derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos es sólo un derecho declarativo. La pareja que en 15 años de vida marital no ha tenido 5 a 6 hijos por lo menos, es que ha hecho planificación familiar, aún recurriendo al aborto. Por ello, a veces dan ganas de decir que el que esté libre de planificación eche la primera piedra, pero enseguida nos damos cuenta que la planificación familiar no es un pecado sino un derecho, como el derecho a la salud, a la vida, a la educación, al trabajo, sólo que a los derechos hay que dotarlos de instrumentos que los hagan realidad para no quedarse en las declaraciones líricas, bonitas pero inútiles, y el derecho a la planificación familiar requiere de amplia información al público y de dotación de servicios.

Hemos llegado a la paradoja que la planificación familiar se ha convertido en el privilegio que utilizan las familias de mejores ingresos porque existe una demanda siempre dispuesta a ser satisfecha por la medicina privada. Pero quienes más la necesitan por su pobreza, fecundidad y salud no tienen acceso a ella, o por falta de recursos o, lo que es peor, porque ni siquiera saben que existe algo tan diferente al aborto, mucho más sano y seguro para regular su crecimiento.

Si abrimos las puertas a la información y permitimos el acceso al conocimiento, entonces habremos reducido el número de abortos, reduciremos la mortalidad y morbilidad materna.

Dios quiera que este seminario sirva para que el tiempo de ese derecho se haya aproximado a nuestras familias, especialmente a las que carecen de todo, hasta del derecho de hacerse oír.

La propia mujer había sido la causante del aborto en un pequeño número. La mayoría recurrió a alguien, que fue una enfermera o un sanitario en el 21,5%, una partera en el 6,3% y un médico en más de las dos terceras partes (67,6%).

Hasta aquí estos resultados explican de alguna manera lo que está sucediendo y nos corresponde a nosotros analizarlos.

Tenemos un problema que es médico y social y que, también, tiene connotaciones éticas y legales. Nuestra población está recurriendo al aborto no por libertina sino porque no desea ese embarazo por motivos económicos y sociales, es decir ha convertido el aborto en un peligroso método de planificación familiar, peligroso por el empirismo de sus ejecutores (los abortos que llegan a los hospitales son los mal ejecutados), peligroso por el riesgo de infección (una casa o un consultorio son ambientes sépticos), peligroso por los daños físicos y morales que observamos. Al tener que resolver los problemas creados por el aborto inducido, en nuestros hospitales, se están mal utilizando nuestros recursos físicos y humanos que podrían tener mejor destino, y finalmente, un 35 a 50% de nuestra mortalidad materna, está dada por el aborto.

Nosotros no creemos que la respuesta al aborto sea legal. Nuestra legislación es obsoleta y miope, pretende castigar al abortador y a la abortada y termina por esconderse en el encubrimiento.

Creemos que la alternativa frente al aborto es la planificación familiar responsable, educativa y no temerosa.

Planificar la familia es ejercitar la paternidad responsable de decidir, en pareja, cuántos y cuándo. La planificación evita el embarazo que no desea, en tanto que el aborto lo que hace es evitar el nacimiento de un niño. El riesgo del aborto es grande, la planificación familiar está prácticamente exenta de riesgos.

La planificación familiar en su connotación amplia, sólo es posible porque existe un conocimiento y una tecnología a nuestro alcance que es necesario poner a disposición de la población, al margen de la consideración del método. Este progreso del conocimiento que convierte a la anticoncepción en un recurso para la salud es el que debe estar al alcance de la familia en lugar del aborto.

La planificación familiar, reconocida como derecho de la familia a decir libre y conscientemente sobre el número y espaciamiento de los hijos, es una alternativa moral y médica del problema del aborto. Cuando se toca este tema se alude a veces a

CURRICULUM VITAE

NOMBRE:	Nancy Romero Berríos
ESTUDIOS	
ABOGADO	Universidad Mayor de San Andrés (La Paz) Bolivia)
DOCTOR EN DERECHO PENAL	Universidad Nacional de Colombia (Instituto de Ciencias Penales y Penitenciarios), Bogotá- Colombia
CIENCIAS DE LA COMUNICACION	Universidad Católica Boliviana
EXPERIENCIA PROFESIONAL	
JEFE DE DIVISION	Trámites y Recursos, Procesos Disciplinarios de Administración Distrital de la Renta Inter- na
JEFE DEPARTAMENTO LEGAL	Corporación Regional de Desarrollo de La Paz
DIRECTORA JURIDICA	Subsecretaría de Desarrollo Alternativo y Sustitución de Cultivos de Coca (MACA).
CATEDRATICO TITULAR	Criminología (UMSA)
MIEMBRO TITULAR Y SECRETARIA GENERAL	Sociedad Boliviana de Ciencias Penales
CONGRESOS Y SEMINARIOS	
CONFERENCISTA	Seminario de la Asociación de Estudios para la población (Bogotá-Colombia); Conferencia sobre Leyes y Población (Fundación Airlia- Estados Unidos); Seminario sobre la Condi- ción de la Mujer Boliviana y Latinoamericana (Virginia-Estados Unidos); XIX Conferencia de la Federación Interamericana de Abogados (Cartagena de las Indias-Colombia)

RELATOR	Congreso para la Elaboración del Código Penal Tipo para América Latina (San Pablo-Brasil).
DIRECTORA EJECUTIVA	Consultorio Radial TV de Orientación Familiar.
COMISIONES DE LEGISLACION	
OBRAS EDITADAS	Memorias del Primer Encuentro Nacional de Generaciones "LID Y VERDAD DE LA MUJER", "PREVENCION DEL ABORTO Y PLANIFICACION FAMILIAR", obras editadas con el auspicio del Ministerio de Salud Pública y la Sociedad Boliviana de Ciencias Penales, respectivamente, Revista "Estrategia y Desarrollo" - CORDEPAZ.
EN PREPARACION	Compilación de Leyes sobre el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas.

"EL ABORTO Y LA LEGISLACION BOLIVIANA"

Dra. Nancy Romero Berríos

1. Concepción histórica de la sexualidad

El hombre primitivo considera a la fecundidad como la principal necesidad del grupo y supone que los hijos son procreados por el contacto de la mujer con la naturaleza, más no por su acción directa. Por lo tanto, como la mujer es para él quien hace germinar las larvas ancestrales y las semillas de los campos, la considera sagrada, le rinde culto a la madre y crea diosas de la fertilidad, para adorar entre las cuales se conocen: Baché, Cibeles, Ceres, Astarte, Iris, Frija, Pachamama, etc.

La privación de la sexualidad femenina, es el primer paso de la aculturación de la mujer, mientras que el de la apropiación de su producto natural, el hijo, es el primer paso de dominio sobre ella.

En éste período el hombre difiere muy bien procreación y disfrute sexual; procrea con la esposa y goza del sexo con las prostitutas y hetairas; es la materialización del sexo y la degradación de la mujer.

El surgimiento del Cristianismo abre las puertas del oscuro vivir de la Edad Media, en donde la Iglesia tiene un poder inmenso sobre la vida del individuo y del mundo; señala las pautas de las costumbres y del comportamiento privado, caracterizadas por una posición netamente antisexual, que se enfrenta a las pasadas herejías del mundo pagano.

Los descos sexuales son considerados impuros, a los cuales es necesario dominar. Para ello se exalta la pureza y la virginidad, se decreta el dogma de la Inmaculada Concepción en honor de la Virgen María. El matrimonio es elevado a la categoría de sacramento y sólo dentro de éste, se admite la procreación, pero desligada del placer, es decir, se reduce el acto sexual a una operación mecánica para fabricar hijos.

San Agustín dice: "La mujer que no engendra todos los hijos que pueda tener, es culpable de homicidios".

La religión cristiana perseguida en la antigua Roma por el supuesto de utilizar su magia contra el Estado, fue precisamente la misma que persiguió a la mujer por el mismo delito, durante la Inquisición en la Edad Media. La mujer hechicera era una

suma de todo: aliada del pueblo, enfermera, consejera, rebelde y ante todo hermosa; en consecuencia fue al decir del poeta mexicano José Emilio Pacheco, la protagonista de la primera rebelión organizada contra el desprecio y el sometimiento del sexo femenino, en esta época no se reclama el derecho al sufragio, sino el de la hechicería que desafió al breviario "Malleus Malle Jicarum", un infame manual de represión y torturas.

En Irán, el señor Khomeini, reimplantó en 1983 la observancia obligatoria del Corán, el libro religioso más antifeminista de la historia. Igualmente lo hizo con la práctica del velo para cubrir el rostro de la mujer, ya que según el islamismo, el cabello de aquella, exuda vibraciones que excitan, seducen y corrompen a los hombres.

El adulterio y la prostitución de la mujer son sancionadas con iguales penas que las actividades contrarrevolucionarias: lapidación o el fusilamiento. Para el musulmán el testimonio de la mujer equivale a la mitad de uno del varón, por tratarse de un incapaz.

El Presidente Zia Ulhag de Pakistan, propuso la abolición de los derechos de la mujer y la responsabiliza de los delitos sexuales.

En Libia, la Patria de las Amazonas, el nacimiento de una mujer es motivo de tristeza; en cambio el del varón es pretexto de festividad.

Existen 75 millones de mujeres en 25 países del Africa a quienes se les ha practicado la extirpación del clítoris y la infibulación o costura de labios, para impedirles la libertad sexual y conservar la virginidad hasta el matrimonio. Se les priva de un sano goce sexual y se las reduce a una simple máquina reproductora de hijos.

En China reapareció la costumbre ya eliminada del infanticidio femenino, pues la superpoblación del país llevó al gobierno a permitir sólo un hijo por familia; por lo tanto en muchos de aquellos hogares en donde nace una niña, los padres la matan, en procura de un nuevo embarazo de varón.

En la India, igualmente reapareció desde 1981 otra práctica ya eliminada, la del Sati, según la cual, la viuda es quemada viva sobre la tumba del marido para que lo acompañe en la otra vida.

En Sur Africa, país del Apartheid, la violación de una negra por un blanco es de una simple contravención, en tanto que si es blanca por un negro, la pena es de muerte. A la mujer nativa que es atendida en hospitales estatales, se la esteriliza a la

fuerza, mientras que a la blanca, se le estimula a tener varios hijos. La mujer a través de la historia ha recurrido a la práctica abortiva como método anticonceptivo. En los archivos de la China y Egipto, se encuentran papiros de hace tres mil años A.C. en donde aparecen algunas fórmulas o métodos abortivos. Los jueces de la Inquisición, dejaron sentir con todo rigor su sexofobia, enviando a la hoguera a las mujeres que fracasaban en la prácticas abortivas a otras mujeres.

En las épocas pretéritas el aborto es legal, moral y religiosamente aceptado, cuando es el padre quien lo dispone. En los primeros códigos aparecen como delito, así por ejemplo en el Derecho Hebreo.

En Grecia, el aborto era considerado una práctica normal para la regulación de los nacimientos. El mismo Hipócrates, a pesar de la condena al aborto que contiene su juramento, no vacilaba en aconsejar a las parteras sobre abortivos y anticonceptivos. Sócrates estaba de acuerdo en facilitar el aborto a la mujer que lo pidiera. Platón proponía se obligase a abortar a las mujeres mayores de 40 años y Aristóteles era partidario de la limitación de los nacimientos.

En el Derecho Romano la mujer siempre es el sujeto penal y su castigo quedaba en manos del marido y si un tercero provocaba el aborto, el esposo tenía derecho a la venganza o a solicitar compensación económica.

En el Imperio Romano la mujer recurría con frecuencia al aborto; según Ovidio a fin de castigar al esposo o destruir la semejanza física con el amante. Cicerón inicia un período de protección a la familia, promulgando una serie de leyes que ayudan a las familias con muchos hijos.

Al finalizar el siglo XVIII Beccaria defiende a la mujer que se niega a tener un hijo y el año 1882 publica en Francia un ensayo en defensa del aborto.

En América, durante la conquista y colonia, relata Fray Bartolomé de las Casas que las mujeres indígenas practicaban el aborto con mucha frecuencia, para evitar que sus hijos tuvieran la misma suerte frente a la esclavitud impuesta por los españoles.

Se ve, pues, que a través de la historia la mujer siempre ha sido esclava de su propia naturaleza reproductiva. Solamente con la aparición de los métodos anticonceptivos ha podido tener una alternativa frente a las maternidades no deseadas.

En algunos sistemas valorativos de culturas negativas, existieron rituales su-

mamente elaborados con referencia a la fertilidad, la anticoncepción era limitada sólo a los casos extremos y el uso del aborto como una medida de limitación a la fecundidad era considerada como un crimen contra la comunidad.

En América, durante la época colonial, la sociedad fue influenciada por la presencia de nuevas culturas y sistemas sociales, produciéndose un fenómeno de mezcla y coexistencia de varios sistemas culturales.

La anticoncepción y la planificación familiar fueron consideradas contrarias a las tradiciones morales y religiosas de la sociedad, sin embargo, los conocimientos y prácticas anticonceptivas se realizaron de la forma cubierta y silenciosa, por las clases medias y élites urbanas.

A partir de 1950, habiéndose producido transformaciones sociales y económicas en la sociedad boliviana, las actitudes frente a la anticoncepción también han variado.

2. La problemática del aborto y la violencia

En México, anualmente se producen 160.000 atentados sexuales contra la mujer, los que conllevan como resultado embarazos no deseados.

Ante esta situación, la recomendación mayoritaria de organizaciones civiles y religiosas, fue despenalizar la práctica del aborto, por ser una realidad social objetiva. Se demostró que es un problema de salud pública, de libertad del ser humano para autodeterminarse, su solución evitaría exorbitantes gastos que realizan las instituciones para atender a miles de mujeres con secuelas de aborto. El debate se inició en el Senado de la República Mexicana el año 1973, archivando numerosos anteproyectos de leyes despenalizando el aborto, las que se van renovando cada año por la Asociación Nacional Femenil del PRI.

El año 1987, la Cámara de Diputados Peruana aprobó un proyecto de ley elaborado por la representante aprista Ilda Urizar, reduciendo las penas a mujeres que abortaron, y aumentándolas a quienes practican el aborto, y causan la muerte. No olvidemos que el Perú encabeza la lista de países latinoamericanos donde existe mayor violencia contra la mujer; un 75% de mujeres son víctimas de violaciones antes de cumplir los 15 años en los barrios populosos.

La monja Rosa Dominic Trapasso pidió en Nueva York, junto a 97 laicos y 28 religiosos, un diálogo abierto sobre el problema del aborto, y el Vaticano la pre-

sionó a que se retractase, bajo la amenaza de ser expulsada de la Congregación Maryknoll. La religiosa había denunciado al "The New York Times" que en el Perú, se producían entre 100.000 a 140.000 abortos provocados anualmente.

En Bélgica, país donde el aborto es ilegal, los médicos, pacientes y centros de planificación familiar enfrentan permanente hostigamiento y persecución de parte de las autoridades. Los Comités del Senado de Bélgica están considerando una ley que despenalizaría parcialmente el aborto, pero se enfrentan a una oposición fuerte y organizada de los grupos anti-aborto.

En China se practican millones de abortos provocados todos los años, utilizando un líquido que cuando llega al útero en 2 o 4 días provoca una hemorragia similar a la menstruación regular. De esta manera, cumplen el postulado de un hijo por pareja, obligando a la mujer a practicar un aborto forzado.

En el Brasil, según datos oficiales se producen cerca a cuatro millones de abortos por año, generando la muerte de 400.000 mujeres por año. Estos casos en su mayoría son resultado de una agresión sexual o estupro.

La Ley de Aborto de 1967 que comprende Inglaterra, Gales y Escocia de Gran Bretaña, excluye a Irlanda del Norte; las mujeres de esta región que desean un aborto clandestino ocultan su identidad.

La Corte Suprema Canadiense acaba de derribar la Ley Federal de Aborto que prohibía esta práctica, salvo en los casos de decisión de un Comité de Aborto Hospitalario y cuando la vida de la mujer estaba en peligro. Dicha ley sentenciaba a la mujer que se hacía un aborto ilegal a dos años de prisión, y los médicos que practicaban el aborto podían ser sentenciados a prisión de por vida.

El procesamiento al Dr. Henry Morgenthaler y el recurso de apelación ante la Corte Suprema, determinó el fallo en favor de este médico, quien tiene instaladas clínicas para abortos en Toronto, Winnipeg y Montreal.

En Bangladesh, alrededor de 5.000 mujeres mueren cada año por complicaciones subsecuentes a abortos clandestinos; las que sobreviven sufren infecciones en el tracto genital, cuello uterino y trompas de Falopio.

En los países donde el aborto es legal, como por ejemplo: Canadá, Reino Unido y Estados Unidos, las muertes por abortos ilegales son prácticamente inexistentes. Situándose en menos de un fallecimiento por cada millón de mujeres en

edades comprendidas entre los 15 y 44 años.

La Federación Internacional de Planificación Familiar afirma que en 65 países asiáticos, africanos, del Medio Oriente y América Latina, mueren alrededor de 84.000 mujeres cada año debido a las complicaciones de los abortos clandestinos.

En España varias organizaciones femeninas han denunciado que se producen 300.000 abortos anuales en la clandestinidad; una vez que se mantiene la penalización del aborto, aumentando la angustia y arriesgando la vida de la mujer que se pone en manos de profesionales y "amateurs" que obtienen grandes ganancias con esta situación.

Con una multa de Sus. 53.000 y 15 años de cárcel fue sancionado un terrorista norteamericano que bombardeó diez clínicas donde se realizaban abortos. En Canadá, cuando un grupo de 200 personas intentó cerrar una clínica de abortos, se enfrentó con una manifestación de 7.000 personas a favor de la libertad de elección de las mujeres en relación al aborto.

El aborto inducido fue declarado ilegal por primera vez durante el siglo XIX en el Derecho Penal; sin embargo, es evidente el aumento de abortos y de infanticidios al tratar las mujeres de controlar su fertilidad, como también de las actitudes extremadamente represivas hacia el aborto en esa época.

3. Las Leyes y el Aborto

Todos hemos oído alguna vez que la vida humana comienza en el mismo momento de la fecundación y que las leyes deben protegerla. Sin embargo, esta forma de pensar ni es compartida por todo el mundo, ni ha existido siempre. A lo largo de la historia de la humanidad las leyes han servido para proteger o afirmar concepciones sociales basadas en intereses demográficos, religiosos, económicos y culturales. Esto explica que las legislaciones sean diferentes de unos países a otros y cambiantes a través de los tiempos.

En épocas antiguas se consideró al aborto como medida para controlar el crecimiento de las poblaciones; por ejemplo, en Grecia, Aristóteles lo defendía por motivos demográficos cuando el número de hijos excedía lo que la familia y el Estado podían sostener y alimentar. Platón lo recomendaba como medida eugenésica (cuando el feto pudiera tener anomalías o malformaciones) y demográfica.

El infanticidio y el aborto realizados en ciudades como Esparta constituyen

otros tantos ejemplos que muestran el móvil demográfico como primer justificante de la interrupción del embarazo.

Tanto en Grecia como en Roma se consideraba el feto como parte integrante del cuerpo materno. El aborto que se hacía en defensa de la mujer no era considerado delito, salvo cuando ésta estaba casada. El matrimonio en Roma introducía elementos de penalización en relación al grado de propiedad que el marido ejercía sobre la mujer y su cuerpo.

Según Cicerón la madre que se practicaba un aborto no era castigada si mediaba el consentimiento del marido.

Escritos muy antiguos como el Código de Hamurabi, atestiguan el enorme poder del hombre sobre la mujer, que no tenía ninguna capacidad decisoria. Y la ley romana de "Las Doce Tablas" permitía incluso matar a las hijas, mientras que preservaba la vida de los hijos varones.

La llegada del Cristianismo no mejoró la consideración respecto a la mujer pero en cambio, empeoró bastante la postura frente al aborto al introducir el derecho de protección del "nasciturus" o "no nacido". Desde sus comienzos la Iglesia consideró el aborto como homicidio condenándolo severamente.

De todas formas, la rigidez de la postura de la Iglesia ha variado a lo largo de su historia por culpa de una interesante teoría: la animación del feto. Los fetos inanimados no tenían alma y habían unos fetos más inanimados que otros. Los fetos machos recibían su alma correspondiente cuarenta días después de la concepción, mientras que las pobres hembras tenían que esperar cuarenta días más. Esta distinción debida a San Agustín, marcó la actitud de la Iglesia ante el aborto durante mucho tiempo. No era lo mismo el aborto de un feto sin alma que uno animado considerándose este segundo caso como un homicidio y no así el primero que se sancionaba únicamente con penas leves.

Esta sibilina distinción permitió cierta tolerancia respecto al aborto. El Papa Inocencio III la introdujo en el Derecho Eclesiástico (Doctrina Cristiana) hasta el siglo XIX.

El estudio de la actitud de la Iglesia respecto al aborto a lo largo de los siglos sirve muy bien para comprender lo relativo de algunas normas que rigen la existencia colectiva.

En Europa durante la Edad Media, Italia y Alemania consideraban el aborto como homicidio o lo dejaban al libre criterio de los expertos judiciales, según los casos. En Francia no se hacía distinción alguna, penalizándolo en todas las circunstancias.

Durante el siglo XIX las normas jurídicas respecto al aborto se endurecen; muchos países europeos comienzan a promulgar leyes que persiguen la interrupción de los embarazos.

En Francia en 1810, el Código Napoleónico establece de cinco a diez años de prisión tanto para la mujer por abortar como para quien realizara el aborto.

En 1861 Inglaterra condenaba los abortos practicados antes de los primeros movimientos fetales y en Estados Unidos para 1868 casi todos los estados habían aprobado leyes restrictivas.

Este cambio que se da en Occidente en pleno siglo XX que pasa de una actitud bastante permisiva a la de aplicar castigos penales por interrupción de una gestación, influyó sobre el estado legal de todos aquellos países que en aquel momento eran colonias europeas y que han mantenido su herencia.

Aunque en la primera mitad del siglo siguen imperando los principios heredados del siglo XIX, el siglo XX rescató el tema del aborto de las sombras y lo ha convertido en el centro de un debate en todo el mundo. Ya no se puede seguir ignorando que todos los años entre 30 y 55 millones de mujeres abortan y que aproximadamente la mitad lo hacen en la clandestinidad.

La actitud social respecto al aborto ha cambiado por diferentes razones que no vamos a analizar en profundidad y entre las que se encuentran el descenso de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, los progresos del conocimiento científico y médico, los cambios en la estructura familiar, y sobre todo la incorporación de las mujeres en el mundo laboral y a todas las esferas de la vida pública.

El feminismo ha puesto de manifiesto el rechazo de las mujeres al papel tradicional que la sociedad les había asignado durante siglos y reclama la maternidad libre y responsable.

Estos factores explican, entre otros, la tendencia existente en todo el mundo hacia una mayor permisividad. A partir de 1950, 30 países han enmendado sus legislaciones restrictivas.

Sin embargo, todavía existe un gran número de países en los que la normativa jurídica y la realidad social no coinciden para nada.

En la actualidad, un:

- 9% de la población total del mundo vive en países donde el aborto está prohibido, sin excepciones.
- 19% vive en países en que el aborto sólo está permitido para salvar la vida de la mujer embarazada.
- A estos dos grupos pertenecen muchos de los países musulmanes de Asia, casi dos tercios de América Latina, la mayoría de los países del Africa y hasta 1985, España.
- 24% de la población mundial vive en países en los que se admite el aborto por algunas causas. Las legislaciones más permisivas en este grupo admiten como causa para el aborto los factores sociales, como por ejemplo: mala situación económica. Entre ellos están países como Japón o Inglaterra.
- 38% de los países admiten el aborto sin especificar razones, pero dentro de un plazo que generalmente es el primer trimestre.
- No se dispone de información del 10% de la población mundial.

4. El Aborto en la Legislación Boliviana

El Código Penal en vigencia en su Art. 263 con referencia al aborto, dispone que la persona que causare la muerte de un feto en el seno materno o provocare su expulsión prematura, será sancionado:

- 1) Con privación de libertad de 2 a 6 años, si el aborto fuere practicado sin el consentimiento de la mujer, o si ésta fuera menor de 16 años.
- 2) Con privación de libertad de 1 a 3 años, si fuere practicado con el consentimiento de la mujer.
- 3) Con reclusión de 1 a 3 años, a la mujer que hubiere prestado su consentimiento. La tentativa de la mujer no es punible.

Por lo expuesto, vemos que el Derecho Penal, en su carácter de autónomo, abarca la protección del ser humano desde el momento de la fecundación del óvulo por el espermatozoide. El núcleo de este tipo penal consiste en provocar la muerte, en cometer lo que Carrara denomina: "feticidio". Es importante anotar que la expulsión de un feto muerto no es un delito.

También, es necesario aclarar que el aborto se consuma antes del parto, puesto que cuando se quita la vida en el momento del parto o después, se configuran otros tipos penales (infanticidio, homicidio, asesinato).

En el primer caso, mencionado por el Art. 263, el aborto se produce sin el consentimiento de la mujer, por lo tanto, la voluntad de la misma debe estar totalmente anulada, ya sea mediante violencia física o intimidación moral.

El sujeto activo es la persona que practica el aborto, y sujetos pasivos son la mujer y el feto.

En el segundo caso, cuando el aborto se realiza con el consentimiento de la mujer, existe una forma de participación elevada a la categoría de delito independiente.

Siguiendo con el análisis de nuestro Código Penal, tenemos al aborto seguido de lesión o muerte, se aplican penas de privación de libertad que van de 1 a 4 años por lesión y de 1 a 7 años en caso de muerte. Es importante anotar que nuestro Código no precisa si se trata de lesiones gravísimas, graves o leves. En el caso de muerte provocada por aborto, se debe hacer la diferencia con el homicidio culposo, aunque la pena es menor por este delito.

Nuestra legislación también nos habla del aborto honoris causa, cuando el delito es cometido para salvar el honor de la mujer, sea por ella misma o por terceros, con consentimiento de aquella, se impondrá reclusión de 6 meses a 2 años, agravándose la sanción en un tercio, si sobreviniere la muerte.

Se denomina aborto impune cuando el mismo hubiere sido consecuencia de un delito de violación, raptó no seguido de matrimonio, estupro o incesto, no se aplicará sanción alguna siempre que la acción penal hubiese sido iniciada (Art. 266 del Código Penal). El aborto debe ser practicado por un médico, debe existir el consentimiento de la mujer o autorización judicial en su caso. El profesor José María Rodríguez Devesa escribió al respecto que la violación es un concepto jurídico que obliga a esperar un pronunciamiento judicial. Y en el caso de absolución para un su-

puesto violador, el fallo se producirá después del parto, suscitando un concurso real de acusación y denuncia falta, y de aborto punible.

Es importante anotar que se declara impune el aborto terapéutico cuando éste hubiese sido practicado para evitar peligro para la vida o salud de la madre; en consecuencia la impunidad se extiende tanto al médico como a la mujer que expresa su consentimiento.

Comete aborto preterintencional, la persona que mediante violencia diere lugar al aborto sin intención de causarlo, pero haciéndole notorio el embarazo, y constándole éste. De conformidad al Art. 267, la pena es de 3 meses a 3 años de reclusión. Si hablamos de violencia, no solamente nos referimos a la física, sino también a la intimidación moral, amenazas que lleguen a causar un traumatismo psíquico que origine el aborto.

Si la violencia mata a la mujer, se comete el delito de homicidio y aborto (Art. 267 C.P.).

Si hablamos de aborto culposo señalado en el Artículo 268 de nuestro Código Penal, nos referimos a la figura delictiva protagonizada por un médico imprudente o negligente que ocasionó el aborto.

La práctica habitual del aborto también se halla sancionada por el Código Penal Boliviano, en su Art. 269, determinando penas de privación de libertad de 1 a 6 años. El sujeto activo puede ser un médico, una matrona o un "amateur".

Un gran porcentaje de los abortos clandestinos y consecuentemente punibles, se hallan relacionados con los "Delitos contra las Buenas Costumbres", título con el que nuestro Código denomina al estupro, violación y abuso deshonesto y otros atentados contra la libertad sexual. Eso sí que existe un nexo entre la violencia contra la mujer y el delito.

El bien jurídico que se ataca con la conjunción carnal violenta es la libertad sexual, considerada como la facultad de disponer del propio cuerpo para fines sexuales, dentro de los límites que permite el derecho y la costumbre. El delito existe cualquiera sea la condición de la mujer, pudiendo ésta ser virgen o desflorada, soltera o casada, de buena reputación o prostituta.

Otro gran porcentaje de embarazos indeseados y abortos ilegales, se debe a la violación conyugal; en el Código Babilónico del rey Hammurabi (4.000 A.C.),

aunque de manera parcializada, ya que si la mujer no demostraba en juicio las razones para negarse a cohabitar con su marido, era arrojada al agua.

Desde entonces hasta hoy, las legislaciones han favorecido al varón quien tiene el derecho a la prestación sexual de la víctima. Aceptar ciegamente el criterio de que el cónyuge que constriñe al otro para lograr la cópula carnal, ejercita un derecho, sería como consagrar la autoridad omnímoda de aquel y negar la esencia misma del derecho.

La prestación sexual dentro del matrimonio (débitum conyugale), surge presunta de la finalidad reproductiva de la institución, pero ese derecho no es irrestricto y, por su naturaleza, esta contada forma de violencia, ya que no es una simple unión de sexos, sino la compleja identificación corporal y psíquica que exige una tolerancia recíproca de los que participan en ella.

Los principios constitucionales protectivos de la familia y el matrimonio no pueden ir más allá de lo compatible con la dignidad humana, ni interferir la protección de otros bienes jurídicos igualmente tutelados como la vida, la integridad física de los consortes, y aún la libertad sexual que no desaparece por completo dentro de la vida conyugal, por lo menos en instantes en que uno de sus miembros, rompiendo el compromiso empeñado a los fines del matrimonio, exige una cópula violenta a su par erótico.

El bien jurídico vulnerado en estos casos es la libertad individual de la mujer, que no desaparece con el matrimonio, y la sanción penal correspondiente hay que buscarla en ese rubro del ordenamiento penal, cuidando que el delito no sea ejercitable por acción pública, porque sólo a la ofendida incumbe el incoarla u olvidarla.

Gracias.

BIBLIOGRAFIA

- MUJER, SEXUALIDAD Y LEY, Melba Arias Londoño, Editorial Presencia Ltda., 1988.
- EL ABORTO, Antonio Cisneros-CENAF, Ministerio de Salud, 1976.
- PREVENCIÓN DEL ABORTO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR, Dra. Nancy Romero Berríos. Tesis para incorporación a la Sociedad Boliviana de Ciencias Penales, 1987.
- Boletines: POPULATION REPORT
ISIS
MICAELA
IL ET/ MUJER
Publicaciones de Prensa.
- CODIGO PENAL BOLIVIANO, Dr. Carlos Morales Guillén.
- CODIGO DE FAMILIA, Dr. Carlos Morales Guillén.
- CODIGO DEL MENOR.
- EL DELITO DE VIOLACION, Dr. Oscar Crespo Solíz.
- APUNTES DE DERECHO PENAL BOLIVIANO, Dr. Fernando Villamor Lucía.

CURRICULUM VITAE

NOMBRE:

Dra. Liselotte de Barragán

**DIRECTORA DE LA FUNDACION
SAN GABRIEL**

**DOCENTE DE SALUD PUBLICA DE
LA FACULTAD DE MEDICINA
U.M.S.A.**

(20 de Marzo, 1989)

EL ABORTO: REALIDAD EN LA QUE SE DESENVUELVE EL ABORTO

Tanto las leyes del país, como la moral pública, prohíben el aborto. Este es considerado como un asesinato de un niño no nacido, indefenso, incapaz de defenderse. La Iglesia condena el aborto dentro de la perspectiva del respeto a la vida, que pertenece tan sólo a Dios, y que el hombre, como criatura, no puede destruir.

Si desde todo punto de vista el aborto es condenado, debe analizarse lo que sucede en la realidad para explicar el hecho de que en la actualidad más de la mitad de las mujeres del país han tenido al menos un aborto, habiendo llegado a registrar algunas investigaciones hasta once abortos en una sola mujer. Los hechos no se dan si antes no preceden actitudes de tolerancia o aceptación; esto significa que la sociedad, si bien condena el aborto, lo tolera y lo acepta. Hasta ahora, ni las leyes, ni la Iglesia, ni los grupos sociales de cualquier naturaleza, han intervenido en la práctica para frenar la creciente frecuencia del aborto con todas sus consecuencias.

Si se analiza en base a casos concretos lo que sucede cuando se ha llevado a cabo un aborto, nos encontramos con casos como los siguientes:

Se interna en el Hospital una señora procedente de barrios urbano-populares, de 35 años, que llega acompañada de varios familiares, entre los que se encuentran las dos hijas mayores, de unos 14 y 12 años, refiriéndose que la señora tiene además otros tres hijos, y el esposo en completo estado de ebriedad. La señora llega en muy malas condiciones, en estado de shock y habiendo perdido gran cantidad de sangre. Intentada la solución quirúrgica, se comprueba perforación uterina con peritonitis de varios días de evolución. A la pregunta de que porqué no se la trajo al Hospital antes, se obtiene la respuesta de que "estaba bien nomás", y además se aduce la falta de recursos. Al cabo de dos horas, la señora fallece. Se llama a Homicidios; la Policía acude después de que se insiste acudiendo a otras autoridades para que presionen. El cadáver es retirado en el carro policiaco. Sin embargo, no llega a la Morgue para la autopsia de ley; los parientes han pagado a los detectives "el rescate del cadáver". Quedan cinco niños huérfanos en poder de un padre alcohólico sin que autoridad alguna intervenga. Porqué se llevó a cabo este aborto? Por dificultades económicas de la familia, por irresponsabilidad del esposo, porque la mujer no quiso tener un hijo más fuera de los cinco que ya difícilmente podía criar. Quién practicó el aborto? Un sanitario en una de las zonas de la ciudad de El Alto. Quién sanciona a este sanitario? Nadie. Quién indemniza a la familia? Nadie. Quién se hace responsable de los cinco

niños? Nadie. Qué ha sido de todos ellos? No se sabe. A quién le ha interesado el caso? A nadie.

Una muchacha de 18 años, madre de dos niños pequeños, llega del Guanay en un camión. La trae el concubino en muy mal estado. La intervención quirúrgica revela la perforación uterina y perforación de intestinos por maniobra de aborto. Se le extirpa la matriz y alrededor de cinco metros de intestino delgado. La juventud y fortaleza de la muchacha hacen que sobreviva. Nuevamente se llama a Homicidios. Se toman las declaraciones del caso: el aborto ha sido practicado por un sanitario que en forma itinerante practica el aborto desde la zona del Guanay hasta Santa Cruz. Todos lo conocen en la región. Quién sanciona al sanitario? Nadie. Quién paga los costos de la operación de la señora y de su tratamiento? Nadie. Quién la indemniza por la mutilación sufrida y por su futura esterilidad? Nadie. A quién le ha interesado el caso? A nadie.

Una señora de 28 años es traída al Hospital y fallece a los pocos minutos de su internación. Los parientes se llevan el cadáver, pero el Hospital se niega a dar un certificado de defunción, debido a la falta de diagnóstico por el escaso tiempo que transcurre entre la internación y la muerte, que no dan tiempo más que para intentar maniobras de recuperación del shock en que se encuentra la paciente. Se denuncia el caso a Homicidios, en base a la declaración de la familia de que un determinado médico, con indicación de nombre, apellido y dirección, ha practicado un aborto.

El cadáver es secuestrado por Homicidios del velorio y sometido a autopsia, confirmándose la sospecha de aborto, perforación uterina y hemorragia. Los obrados levantados por Policía Judicial pasan a la Fiscalía. El Fiscal recibe 1.500 dólares y el caso desaparece. Esta información la obtuvimos de la Policía, que ya ha cumplido con su obligación de entregar al que practicó el aborto a la Fiscalía.

Los casos de médicos que practican el aborto, y que llegan a ser denunciados únicamente cuando se produce una complicación, como sepsis, hemorragia, perforación, ante el Colegio Médico, son citados ante esta institución y en caso de comprobarse la complicación, son sancionados "por mala práctica" con seis meses de expulsión del Colegio Médico, caso de haber estado colegiados, tiempo durante el cual no pueden presentarse a concurso de méritos y competencia para ningún cargo convocado públicamente. El Colegio Médico no tiene jurisdicción para otro tipo de sanciones.

De tres casos que nos consta han sido denunciados ante el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, dos de ellos con la certificación de mala práctica emitida por el Colegio Médico, han sido citados ante las autoridades del caso, que en el mo-

mento de la presentación del médico citado salieron del Ministerio "para otros asuntos". El tercer caso "está en jurídica" y no es posible obtener otra información al respecto.

En los tribunales no existe un sólo caso que está siendo procesado por aborto. En la cárcel no existe un sólo detenido por haber practicado un aborto, ya sea sin complicaciones, o con complicaciones o muerte de la mujer. Tampoco no existe una sola mujer detenida por aborto, a pesar de que la Ley penaliza a la mujer con uno a cinco años de cárcel.

Todo esto muestra claramente que el aborto es ampliamente tolerado por toda la sociedad. Las razones son muy fáciles de comprender: el embarazo no deseado, ya sea por causas económicas en las mujeres que ya tienen varios hijos o en las mujeres adolescentes que temen perder sus estudios o su trabajo, es visto como "el mal mayor" frente a un "mal menor" que es "desembarazarse del problema". Si el número de mujeres que recurre al aborto se ha incrementado de la forma en que ha sucedido durante los últimos años, este incremento sólo puede deberse al aumento de la presión sobre la mujer embarazada; presión económica, presión familiar, presión laboral. Sin embargo, este aumento de la presión sobre la mujer que hace que cada vez más embarazos se conviertan en embarazos no deseados y además no aceptados -ya que los embarazos no deseados siempre se han producido, pero han acabado por ser al menos aceptados- se debe al incremento de la crisis económica por una parte, con la consiguiente dificultad para conseguir empleo u otro tipo de ingreso suficiente y seguro, y a la falta de información y educación sexual, paralelas a una creciente permisividad sexual por otra.

Otro factor que claramente influye en el aumento del número de abortos es la persona que induce al aborto. Cada vez son más los esposos que llevan a sus mujeres al aborto, por convencimiento o recurriendo a la violencia física, y cada vez son más las madres que inducen a sus hijas adolescentes al aborto, sin tomar en consideración las consecuencias no sólo del peligro de la maniobra del aborto en sí, sino las consecuencias psíquicas que se producen a mediano o largo plazo. Cada vez son menos las personas que ayudan a la mujer o a la joven embarazada a aceptar y a enfrentar su embarazo; en el grupo de iguales la muchacha que "teme" abortar y deja sus estudios o cambia de actividad para enfrentar su maternidad es considerada como "tonta".

El Seminario de Lucha contra el Aborto debe tomar en cuenta estas circunstancias reales en medio de las cuales la práctica del aborto prolifera. La académica condena médica o legal, la moralista condena religiosa no son suficientes; al contrario, ocultando el trasfondo real del problema, que se desarrolla frente a cada uno todos

los días del año, sólo facilita una práctica condenada formalmente, pero aceptada en los hechos en todos los estratos sociales sin ninguna consecuencia que no sea la consecuencia puramente personal de cada mujer que ha recurrido al aborto, cualquiera que esta sea, así fuese la muerte, o la mutilación permanente.

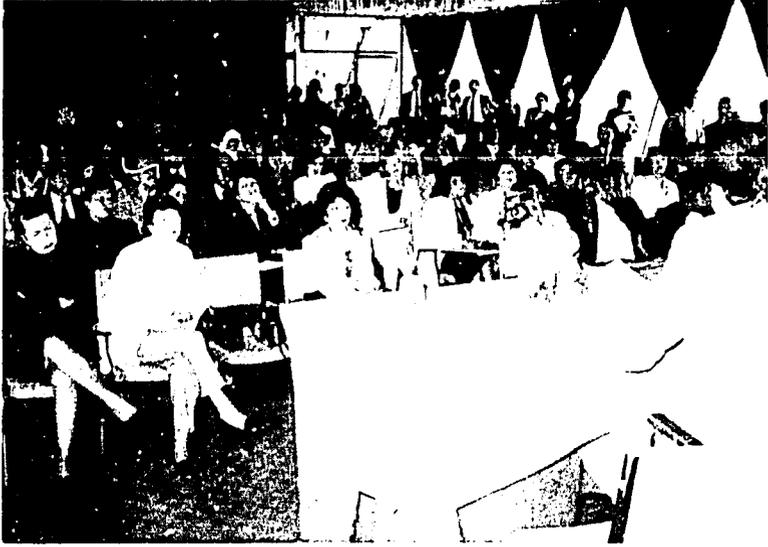
Ninguna circunstancia cambia si no se presenta una alternativa. Si el aborto prolifera como está proliferando, si la tolerancia social al mismo aumenta como está aumentando, es porque no se percibe otra alternativa al embarazo no deseado diferente al aborto. El embarazo no deseado no debería producirse. Es un indiscutible derecho de la mujer hoy en día el de tener el número de hijos en el momento en que desea tenerlos, libre y voluntariamente, con amor y responsabilidad. El embarazo no debe ser la consecuencia ciega y dejada al azar del acto sexual, como lo es actualmente en el país para la gran mayoría de las mujeres. Toda mujer tiene derecho a la educación y a la información, en forma tal que le permita elegir el momento en que sí desea tener un hijo. Y si llega a producirse un embarazo no deseado, toda mujer tiene derecho a la protección real de ese embarazo, a fin de que, si bien no deseado, al menos pueda ser aceptado y llevado adelante con la seguridad de que en su condición de madre no perderá sus fuentes de ingreso, ni sus posibilidades de formación y educación.

La Lucha contra el Aborto significa un largo y difícil y controversial camino a recorrer. Si la sociedad como tal, con sus instituciones y organizaciones, y a través de cada uno de sus miembros, no inicia una búsqueda de alternativas diferentes al aborto, no habrá solución posible para esta práctica por todos condenada, y por cada vez más personas, tolerada y aceptada.

SEMINARIO "LUCHA CONTRA EL ABORTO" EN FOTOGRAFIAS









EXPLICACION DEL PANEL

CON LA PARTICIPACION DEL DR. ALBERTO DE LA GALVEZ MURILLO, COMO MODERADOR, SE DESARROLLO EL PANEL "LUCHA CONTRA EL ABORTO".

LA PROFUNDIZACION DE LOS TOPICOS PRESENTADOS POR LOS PANELISTAS, PRINCIPAL OBJETIVO DEL MISMO, ALCANZO RELIEVES IMPORTANTES QUE A CONTINUACION TRANSCRIBIMOS EN UN RESUMEN DE INTERROGANTES Y RESPUESTAS MAS SOBRESALIENTES.

MODERADOR:

Se ha preparado una lista de preguntas para que pueda cada uno de los participantes ahondar o esclarecer aquellos tópicos a los que se han referido de manera particular. Para resumir, me permito recordarles que en la mañana de hoy hemos tenido la presentación del Sr. Ministro de Previsión Social y Salud Pública quien nos ha hecho una visión estadística muy general sobre lo que está sucediendo respecto al aborto en nuestro país. En seguida ha estado el Monseñor Luis Saenz Hinojosa recordándonos los aspectos éticos y morales de este tipo de práctica. Después, estuvo el Lic. Carlos Carafa con una aproximación del problema del aborto hacia lo estructural. Posteriormente, el Lic. René Pereira con un resumen de los aspectos de políticas sanitarias en cuanto al tratamiento de la fecundidad y la mortalidad. Al finalizar la mañana al Dr. Cesar Peredo, quien nos mostraba los aspectos propiamente médicos de la práctica del aborto inducido, luego la Dra. Nancy Romero quien nos ha hecho una remembranza de la despenalización del aborto y una visión muy rápida de los aspectos legales en cuanto a este tipo de problema en nuestro país y, finalmente, la Dra. Liselotte Barragán ahondando en el problema con el relato de algunos casos que ha tenido la oportunidad de ver en su práctica en el Hospital San Gabriel.

Primera interrogante:

En su ponencia el Lic. Pereira menciona que el estereotipo de país deshabitado debe ser discutido, dice también que ninguna experiencia nacional ha demostrado que el crecimiento y el volumen de un mayor número de habitantes por si solo ha resuelto los problemas de la pobreza y el atraso y se plantea luego la pregunta, el dilema entre población y desarrollo. Algunos de los participantes han advertido en estos y en otros párrafos de su ponencia planteamientos maltusianos, es evidente Lic. Pereira?

Lic. Pereira:

Las políticas de mortalidad y fecundidad apuntan a un elemento que debe ser susceptible de políticas nacionales de población y eso hace relación con medidas respecto a la tasa de crecimiento y al ritmo de crecimiento que nuestro país tiene en términos demográficos. En este aspecto hay que trabajar bastante, no existen suficientes consistencias teóricas y empíricas que permitan tener una visión de las tendencias demográficas y los desafíos que esto implica al Estado Boliviano. La actual tasa de crecimiento anual de la población es de 2.75% que evidencia un crecimiento acelerado en la población. Si mantenemos este ritmo nuestra población se duplicará en 26 años. Es decir, que el año 2014 el volumen demográfico de la población na-

cional alcanzaría 13 millones de habitantes. El ritmo acelerado e intenso de crecimiento tiene implicaciones en el corto, mediano y largo plazo. A veces, creemos que las políticas de población no son entendidas porque las proyectamos únicamente al horizonte del largo plazo.

Nosotros criticamos y sometemos al debate el estereotipo como país deshabitado. La densidad demográfica de nuestro país contrasta con su vasto territorio y esto hace que no sea significativo demográficamente. Pero advertimos una cuestión metodológica, importante cuando hablamos de una densidad de 5.7 Hab/Km², se habla de habitantes en relación a un territorio que contempla áreas no habitables, no cultivables. Estimaciones que hemos hecho en áreas de poblamiento antiguo, es decir por ejemplo, en la región del Altiplano, la densidad en bruto es de 13.4 Hb/Km². Pero si asumimos personas sobre Km² cultivable se eleva la densidad y se evidencia una presión más significativa de 56.1 Hab/Km². En los valles la densidad en bruto es de 12.12 Hab/Km², sobre superficie cultivable se eleva a más de 30.5.

Concluimos sin embargo, que nuestro país tiene potencial receptivo para albergar unas cuantas veces más nuestro actual volumen demográfico. Por eso insistimos y quisiéramos repetir lo que se había colegiado el año 1986, cuando con el Ministerio de Salud y CONAPO se establecieron líneas que señalaban que por la poca significancia de nuestro país el control natal no tenía sentido alguno y que Bolivia requería mejoras cualitativas en el nivel de vida y volúmenes cuantitativos de producción, pero tampoco podemos ser tan superficiales a lanzarnos con tesis poblacionistas. Hay que ganar mayores evidencias empíricas para saber las implicaciones que tiene nuestro ritmo de crecimiento y los desafíos que plantea para la economía y para el acceso de la población a los servicios.

Por último, nosotros pensamos que la mejor manera de obtener mejores indicadores de las tendencias demográficas no está por la línea de afectar factores demográficos que creo eso sería malthusianismo o neomalthusianismo si se gusta hablar de escuelas. Proponemos políticas de población instrumental al desarrollo. No proponemos una política de población por sí misma, salvo en el caso de la mortalidad que ahí creo que tiene sentido.

MODERADOR:

- De su exposición, se desprende que está usted de acuerdo con la despenalización de la mujer en cuanto a la práctica del aborto, aunque al final de su exposición presenta una suerte de slides, en una suerte de terrorismo que parecería un poco conflictuar esa suposición de despenalización del aborto.

¿En la suposición de que llevara adelante la despenalización de la mujer en la práctica del aborto, no sería esto un paso hacia la legalización del mismo? Y si está usted de acuerdo con la legalización del aborto?

Dra. Romero:

No he planteado una posición tan terminante con referencia a la despenalización del aborto. Nuestro Código Penal dice que la tentativa del aborto de la mujer no es punible. No estoy de acuerdo con la legalización del aborto, quise mostrarles un panorama exterior de las posiciones al respecto. La intención de mostrarles los slides (no son terroristas, es la realidad), es mostrarles los resultados de los estudios a nivel legal de las tentativas del aborto clandestino. En Bolivia está penalizada la acción del que practica el aborto, como también el estupro, incesto, violación, etc. El problema comienza desde el momento en que el oficial de radio-patrullas recoge los fetos, el sabe, si se llega a una investigación, quién lo arrojó, sabe qué clínicas practican el aborto clandestino. El silencio comienza desde esa fase que se llama diligencia de Policía Judicial y termina en un cuadro estadístico donde se cuenta el número de abortos clandestinos cometidos. El silencio continúa a través de la Fiscalía porque jamás una causa de aborto clandestino (con el que no estoy de acuerdo porque creo hay otras formas), ha llegado a la Corte, a la conclusión del sumario y menos al plenario. Esa es mi posición.

MODERADOR:

Ante la crítica situación médica y social que plantea el problema del aborto y visto que al presente solamente la Iglesia acepta la planificación natural para el caso específico de la práctica del aborto y del problema que significa, la Iglesia estaría de acuerdo con el uso de los métodos artificiales de planificación familiar?

PADRE MAURICIO BACARDIT:

La Iglesia no está de acuerdo con los métodos artificiales de planificación familiar, según la Iglesia están contra natura y al estar así son inmorales.

Actualmente en concreto, hay una discusión muy fuerte entre teologías moralistas de gran prestigio en la Iglesia que defienden el uso de métodos artificiales como algo evidente y necesario. Pero el Vaticano una vez más dió la definición oficial de no aceptar estos métodos. Creo que se debe incidir y promocionar la conciencia, la madurez de las personas y no dejarlo a una definición general de esto es moral y esto es inmoral. Yo haría recaer en la conciencia de cada uno si es moral o no para el.

Aquí debe haber un análisis de las parejas y de las personas implicadas y ver si con la prohibición del Vaticano pueden o no utilizar métodos anticonceptivos. Creo que los laicos deben dejar de ser niños ante el sacerdote y ante los obispos. Deben asumir con mayor responsabilidad sus decisiones personales. En la Encíclica *Humanae-vitae*, el Papa Pablo VI dice que cada cristiano y cada persona con su conciencia y ante Dios, debe asumir esta responsabilidad. Es asunto de hace 20 años. No nos quedemos en una prohibición o una aceptación, hurguemos más nuestra conciencia y asumamos la consecuencia en el acto que se debe hacer.

Pregunta Dra. Romero a Padre Bacardit:

La Iglesia Católica, reconoce los métodos de P.F. naturales, como el método del ritmo y la temperatura basal; sin embargo en los casos de nuestras clases humildes (obreros, campesinos), donde estos métodos requieren cierta madurez, conocimiento y preparación, sencillamente se produce la violación conyugal. Qué seguridad tendrían estas parejas de hacer una efectiva P.F. a través de los cánones de la Iglesia?

PADRE BACARDIT:

A través de los cánones oficiales de la Iglesia, yo creo que hay casos en que se podría ver si es necesario o no ceñirse a estos cánones o buscar otros medios.

Preguntas del Colegio Médico al Dr. Alvaro Muñoz Reyes:

1. ¿Cuántas organizaciones han sido invitadas, cuántas asisten al Seminario y cuántas organizaciones femeninas asisten al mismo. Para complementar la participación del Dr. Muñoz, JUNAS pregunta:
2. ¿Cómo implementar un Programa de P.F. en aquellos sectores de bajos ingresos en los que aparentemente sería más difícil ingresar con los métodos de P.F. natural de la familia?

DR. ALVARO MUÑOZ REYES:

1. Basta mirar al Auditorio, donde más del 70% son mujeres. De 120 instituciones que se han invitado más del 70% son femeninas y otras que no son de mujeres pero sus representantes sí. La problemática del aborto no es problema exclusivo de las mujeres, la sociedad tiene la obligación de discutir este tema. Ya sabemos el diagnóstico, ahora tenemos que ponerle solución.

2. Dentro del Plan Nacional de Atención a la Mujer, del niño, escolar y adolescente, tenemos en forma escrita y documentada este plan nacional. Son planes concretos, con metas específicas hasta el año 2000.

Este plan considera la implementación de servicios de planificación familiar en hospitales y centros de salud. Para nosotros primero está la educación, después la accesibilidad de la gente, actualmente la gente va a los servicios y pregunta al ginecólogo sobre espaciamiento de los niños, el Doctor le manda a su consultorio, cobrándole 70 bolivianos la consulta más el dispositivo. Nosotros queremos que sea accesible al lugar que la mujer vaya y sea una decisión voluntaria de ella o de la pareja.

Pregunta Lic. Carafa a Dr. Alvaro Muñoz Reyes:

El tema del presupuesto en este país es crucial. Por más políticas y claridad que exista si no hay medios no se puede hacer nada.

Dr. Alvaro Muñoz Reyes:

El presupuesto de salud es ínfimo, pero utilicemos bien los recursos que vienen de fuera, pongamos nuestras prioridades. Existe presupuesto, el problema es saberlo utilizar.

MODERADOR:

En la mañana de hoy, Monseñor Saenz manifestó que el aborto es un infanticidio, la legislación boliviana si bien hace alguna consideración para considerar el infanticidio algún tipo de aborto, cuando el producto nace con vida y es posteriormente eliminado; en general considera al aborto y al infanticidio como dos figuras legales diferentes.

¿Considera usted, Dra. Barragán, que debe mantenerse esta diferencia o debiera corregirla, indudablemente con propósitos penales?

Dra. Barragán:

Si un niño ha sido concebido, es un niño y si se lo mata a los dos días, a las ocho semanas u ocho meses de concebido o después de que ha nacido, como cuestión de principio no implica diferencia, porque es un ser humano.

Sin embargo, es obvio que tenemos la destrucción potencial de dos organismos: del organismo de la madre y del niño, cuando es muy pequeño es embrión y luego se denomina feto, cuando ya la matriz se ha desarrollado para albergar ese niño más grande, ha habido una serie de cambios en el organismo materno, es mayor el riesgo.

Por esta razón, yo creo que debería haber una diferencia de penalización en función del riesgo que se hace correr, cuando el riesgo potencial es más grande, el castigo debería ser más grande.

MODERADOR:

Considera usted que los componentes educativos, laboral, social en resumen estructural del aborto, son tan conocidos como el componente médico como para actuar sobre el problema en este momento o cree que es necesario mejorar ese conocimiento, y si así fuera, en qué áreas este conocimiento sería deficitario?

Lic. Carlos Carafa:

Debemos pensar en el inter-relacionamiento del problema. Debemos pensarlo en términos de que esto está afectando de manera diferente a la sociedad, dependiendo de las personas, los grupos, los estratos como se insertan en esa sociedad y en su sistema productivo. La mortalidad infantil en este país hay que disminuirla no tenemos discusión sobre eso; el problema es ver si el problema termina con disminuir las tasas de mortalidad y no alimentar la siguiente categoría de pobreza que es la desnutrición crónica. Se están haciendo esfuerzos grandes en este país desde años atrás y también en esta gestión para disminuir mortalidades infantiles, pero estamos traspasando sobrevivientes a la categoría de desnutridos. Entonces cuando hemos tocado un eslabón de la cadena, inmediatamente nos reclaman los otros, preguntándonos si sólo con educación o desde los aspectos médicos podemos empezar para incidir en el problema del aborto, yo creo que es el instrumental que se tiene, que se conoce y de ahí hay que empezar, pero no hay que perderlos de vista que eso está solucionando una parte del problema y que las mutuas implicaciones que vienen sobre todo hacia adelante de ese problema tienen que ser visualizados. Aquí la discusión puede ser muy larga y todos tenemos experiencia en este país, entonces el tema está en que mientras no atacamos los distintos componentes productivos, organización social, el tema de cómo distribuir, lo poco que tenemos, etc., etc., vamos a ir tocando parcialmente el tema. La otra perspectiva y quiénes hacen ciencias sociales en este país lo saben, porque comienza con la conciencia, la persona, la educación, la ideología, en el fondo potenciamos eso y muy probablemente también por reacción en cadena, empezamos

a tener otros elementos, ahora cuánto de esto es real, cuánto de esto puede comenzar a efectivizarse si no hay canales reales para capitalizar esa participación. En síntesis, yo creo que es clave comenzar con lo que se tiene y con lo que es escaso, pero en una perspectiva ambiciosa de atacar progresivamente otros componentes a partir del conocimiento.

MODERADOR:

Pronóstico de las implicaciones médicas que pudieran tener una posible legalización de la práctica del aborto inducido.

Dr. Peredo:

Yo no creo que la legalización del aborto resuelva el problema del embarazo no deseado. En EE.UU. si bien el número absoluto de muertes ha disminuído en relación a la época del clandestinaje, la cifra total es más alta, son muchos millones de abortos los que se hacen en un país, como el nuestro, que no tiene recursos, con instalaciones hospitalarias escasas, simplemente se estaría cortando el cuello. El problema yo considero que es de otra índole, por eso me alegró mucho escuchar al padre Bacardit, que si la regla moral de nuestra conducta es nuestra conciencia, podemos hacer lo que pensemos es mejor. La gente no tiene que robar para dar de comer a sus hijos, es una actitud de conciencia permitida, aceptada por el mismo, porque es un recurso extremo y que deja de serlo ya en el momento en que se convierte en hurto. Estas son decisiones que nos afectan día a día y nos tienen que afectar en la decisión de lo que vayamos a recomendar como consecuencia de este Seminario.

PADRE BACARDIT:

Estoy de acuerdo con el planteamiento, a veces perdemos la visión de conjunto y lo vemos como en microscopio y queremos solucionarlo en este microcosmos del aborto.

El problema del aborto está inserto en toda una estructura económica, social y política, y no se lo puede atacar sin tomar en cuenta una estructura social justa, injusta, etc., mientras no se den igualdad de oportunidades a todos desde un nivel de sexos, varón, mujer y desde un nivel de clases sociales vamos a tener este problema. Estaremos dando vueltas sobre nosotros mismos sin nunca acabar. Tratemos de solucionar los problemas estructurales y tratemos de dar igualdad de oportunidad a todos.

Lic. René Pereira:

Creo que ante la pregunta de cómo está el estado de conocimiento respecto a los estudios médicos o sociales en relación al aborto, yo debería indicar que los estudios mucho más maduros están en línea más médica que social. Creo que las investigaciones, el conocimiento está sumamente apropiado como para tomar decisiones y soluciones en términos de programas muy claros para la lucha contra el aborto.

Cuando las mujeres abortan es que se encuentran con embarazos no deseados. En consecuencia es muy importante hacer esfuerzos para conocer cuanta es la demanda insatisfecha por la información y por los servicios de planificación familiar. Como ustedes saben, se está realizando una encuesta que trata de medir la demanda. El tema de la planificación familiar, como el tema de la fecundidad y el de población tienen demasiados estereotipos. Las instituciones sin conocer realmente la boleta que se está realizando, el Instituto de Estadística la ha "anatematizado" cuando creo que el país debería aprovechar estos instrumentos para conocer con precisión la demanda por el servicio de planificación familiar y la información, creo además, hace falta hacer estudios más cualitativos para conocer el perfil cultural, psico-social de las mujeres demandantes, así nuestras políticas estuvieran mucho más robustas para tomar decisiones más eficientes.

EXPLICACION TRABAJO POR GRUPOS

COMO SE EXPLICO ANTERIORMENTE, EL TRABAJO EN GRUPO FUE DESARROLLADO A PARTIR DE UNA DISTRIBUCION POR LIBRE ELECCION TEMATICA. TRANSCRIBIREMOS INEXTENSAS PARA EL LECTOR LAS CONCLUSIONES ARRIBADAS EN CADA TOPICO DE DISCUSION.

ASPECTOS MEDICOS

La Comisión de Aspectos Médicos del Seminario-Taller "Lucha contra el Aborto", ha considerado que la situación de salud en Bolivia, incluyendo las causas por las que la población recurre al aborto, obedecen a las características socio-económicas y culturales propias de un país en vías de desarrollo. Sin embargo, el sector salud puede y debe adoptar medidas inmediatas para mejorar esta situación, asumiendo su nota de responsabilidad.

La mortalidad materna una de las más altas de América (48 x 100.000 nacidos vivos) tiene en el aborto provocado o inducido, una de sus principales causas; por lo tanto, debe ser considerada como un problema de salud prioritario en Bolivia.

La Comisión considera a la planificación familiar, como una alternativa eficiente en la prevención de la mortalidad materna-infantil.

Debemos puntualizar que existen grandes diferencias entre la planificación familiar y el control de la natalidad.

Se entiende por planificación familiar a la decisión libre y voluntaria de la pareja para determinar el número de hijos y espaciamiento entre ellos.

En cambio por control de la natalidad, se entiende una medida coheritiva de un gobierno, que puede ser pronatalista o antinatalista y que en cualquier caso, es incompatible en países con sistema de gobierno democráticos.

La planificación familiar cumple con dos objetivos:

- a) Protección de la salud
- b) Ejercicio de un derecho humano.

La planificación familiar no persigue objetivos demográficos, que son materia de una política de población.

La planificación familiar es una actividad del sector de salud e implica actividades de INFORMACION, EDUCACION, COMUNICACION Y LA PRESTACION DE SERVICIOS, los cuales deben ser dirigidos al tratamiento de la infertilidad o al uso de la tecnología anticonceptiva.

En la actualidad, el término "planificación familiar" es usado en la mayoría de los países de América. En el Grupo Andino se usa en todos los países excepto en Bolivia.

La COMISION MEDICA, RECOMIENDA:

1. Difundir el concepto de planificación familiar entre los profesionales de salud y la población, para evitar la confusión entre ellos y mejorar la orientación a la comunidad.
2. Enfatizar que el aborto no es un método de planificación familiar.
3. Enfatizar que la planificación familiar contribuirá sustancialmente a disminuir la incidencia de abortos provocados al prevenir el embarazo no deseado.
4. Implementar un programa de planificación familiar nacional, entregado a los servicios de atención primaria de la salud.
5. Incluir en este programa un fuerte componente en INFORMACION, EDUCACION y COMUNICACION, dirigido a la sociedad en general.
6. Lograr que los servicios de planificación familiar, sean accesibles a la población en general.
7. Prestar atención especial a la prevención de los embarazos que conllevan mayor riesgo para la salud de la mujer, como los embarazos en los extremos de la vida fértil, intervalo intergenésico menor de 2 años y paridad mayor de 4.
8. Lograr la integración de los servicios de planificación familiar a los de materno-infantil, brindando una atención integral de salud a la mujer que incluye también la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA y la detección precoz de cáncer cérvico-uterino.
9. Se sugiere la adopción de métodos naturales y artificiales científicamente aceptados brindando a la pareja la mayor variedad posible para facilitar su elección.
10. Promover la lactancia materna, tanto para espaciar los embarazos como para los beneficios que representa para la salud del niño. Sin embargo, la lactancia no debe ser considerada ni recomendada como un método anticonceptivo seguro.
11. Apoyar las investigaciones operativas en el campo de la salud reproductiva.

12. Dirigir la consejería en planificación familiar a la pareja, poniendo especial énfasis en el varón, ayudándolo a asumir sus responsabilidades en la salud reproductiva y familiar.
13. El Ministerio de Previsión Social y Salud pública en coordinación con todas las instituciones del sector, deberá elaborar al más breve plazo, las normas de planificación familiar según niveles de atención.
14. El M.P.S.S.P., deberá favorecer la coordinación intersectorial e intrasectorial para lograr el cumplimiento de las recomendaciones de este Taller.
15. El M.P.S.S.P. como ente rector del sector salud, deberá coordinar con los organismos y agencias internacionales con el fin de canalizar fondos, para cumplir las recomendaciones del presente Taller.
16. El M.P.S.S.P. deberá hacer cumplir las recomendaciones de los convenios internacionales en los que BOLIVIA es país signatario.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES

A. SITUACION GLOBAL DEL ADOLESCENTE:

Los jóvenes constituyen un grupo poblacional de creciente importancia en el desarrollo de programas de salud. En muchos países, especialmente en desarrollo, se ha producido un aumento del tamaño relativo de la población joven y la adolescencia se ha tornado un período más conflictivo; la transición entre la niñez y la vida adulta se ha complicado en la medida en que la edad media de la menarquia ha disminuído y la edad media del matrimonio ha aumentado. Esto se ha visto acompañado por un cambio acelerado en los comportamientos de los jóvenes, estimulados por la urbanización, la influencia de los medios masivos de comunicación, la migración, el turismo y la disminución del rol social de la familia extendida como sistema de apoyo.

Los embarazos y nacimientos en edades muy tempranas implican consecuencias sociales, médicas y emocionales indiscutibles, que privan a los jóvenes de la realización de sus aspiraciones y desarrollo sano a sus bebés.

Por lo tanto, el grupo recomienda:

1. Implementar la educación sexual en el PENSUM de la educación boliviana.
2. Sugerir al M.P.S.S.P., como ente del sector salud, a iniciar acciones concretas para proteger la salud reproductiva del adolescente.
3. Brindar una atención integral de salud al adolescente que incluya salud reproductiva, educación sexual, drogadicción, salud mental, prevención de accidentes, de enfermedades transmisibles sexualmente, SIDA, etc.

ABORTO TERAPEUTICO:

La legislación boliviana al respecto no considera dentro de los motivos para la ejecución de un aborto terapéutico, las causas fetales, probablemente por no estar actualizados los conocimientos científicos actuales.

Siendo el problema muy complejo, la comisión recomienda:

Realización de un seminario-taller para tratar el problema y actualizar las disposiciones legales, lo cual deberá ser promovido por la Sociedad Boliviana de Gineco-Obstetricia, en coordinación con el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Colegio Nacional de Abogados, el Poder Judicial y la Comisión de Salud del Honorable Congreso Nacional.

Felicitamos al M.P.S.S.P. y a la Conferencia Episcopal Boliviana, por la inquietud de encontrar el camino para disminuir la cantidad de abortos y dar la oportunidad a los profesionales de proponer alternativas de solución.

TALLER DE ASPECTOS JURIDICOS

CONSIDERANDO:

Que, el aborto es una problemática que toma en cuenta diversos factores tanto médicos como jurídicos, económicos, sociales, culturales, etc.

- Que la problemática del aborto culpabiliza a la mujer como principal responsable de este acto evadiendo la responsabilidad del Estado en dotar a la mujer y/o familia de condiciones humanas para su subsistencia, obligando a ésta a realizarse el aborto.
- Que la mujer es discriminada a nivel laboral por el hecho de estar embarazada, a pesar de existir una legislación tendente a protegerla.
- Que la mujer es discriminada de los colegios por el hecho de estar embarazada, obligándola ya sea a dejar los estudios o pasar al turno de nocturno.
- Que en los colegios, universidades no se da un enfoque integral sobre educación sexual, cuando se da, o directamente, no se da ningún tipo de educación.
- Que la mayor población, hombres y mujeres, no tiene acceso a información sobre el proceso reproductivo, sobre su sexualidad, información que se constituye el elemento vital del desarrollo integral del ser humano.
- Que la sociedad es bombardeada por pautas sexologistas que generan una doble moral que, por un lado, exige un comportamiento victorioso y, por el otro, propugna la utilización del sexo como canal de alienación.
- Que se dispone de un cuerpo legal difuso, incompleto que, además, no es susceptible de ser ejecutado por ninguna autoridad.
- Que la prescripción del aborto por sí misma no ha impedido esta problemática.

RECOMENDACIONES

1. Debe incluir en la legislación, específicamente en el Código de Educación, la necesidad obligatoria de impartir Educación Sexual mixta a dos niveles:
 - a) Formal.- Mediante la inclusión a la currícula regular en escuelas, colegios y universidades. Los contenidos deben formularse bajo la responsabilidad de los Ministerios de Salud y Educación.
 - b) No Formal.- Mediante campañas de difusión y difusión institucional.
2. El Código de Salud debe incluir la obligación del Estado de prestar información respecto a métodos contraceptivos y la prestación de los servicios que permitan el ejercicio de la paternidad responsable, de modo que pueda ejercerse libremente el derecho de decidir el número de hijos y el espaciamiento entre ellos. En el presente punto no existe un criterio unánime, fue adoptado en mayoría.
3. Debe, además, promoverse una consulta nacional acerca de la posibilidad y/o necesidad, existen o no, de legalizar o despenalizar a la mujer y el aborto. Esta consulta debería hacerse en el lapso de 6 meses, y su seguimiento, deberá hacerse mediante el Ministerio de Salud.
4. Como medio de garantizar una educación sexual sana y libre, ante la consideración de que la vulnerabilidad de la mujer es resultado de discriminación sexual, corresponde recomendar que todas las escuelas y colegios mixtos, se transformen en tales.
5. Se identifica como problema jurídico muy importante, la necesidad de garantizar la protección a la mujer embarazada, en cuanto que su ausencia puede transformar un embarazo deseado en un no deseado.

Cabe, sin embargo, decir que el taller de aspectos jurídicos no pudo hallar soluciones concretas al problema que pueden ser viablemente implementadas. Se sugiere, empero, que se forme un instrumento institucional que estudie la forma de atacar el problema mediante el análisis de la legislación laboral, de la solución de vacíos jurídicos en el marco de las relaciones de la economía informal y mediante el análisis de los efectos de los subsidios estatales.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

GRUPO ASPECTOS SOCIALES, CULTURALES Y ETICOS

CONCLUSIONES:

La incapacidad del aparato productivo nacional se expresa en una crisis económica que hace que la mujer de sectores deprimidos recurra al aborto por la imposibilidad de enfrentarse a las presiones económicas y sociales.

Existe una total desinformación y falta de acceso a la educación sexual y medios de implementar una planificación familiar.

El acentuado machismo avalado muchas veces por la misma mujer, es un factor determinante en la producción de embarazos no deseados que terminan en abortos.

Los prejuicios y tabúes socio-culturales impiden una comunicación horizontal amplia, concluyendo con los abortos especialmente en la población joven aún no preparada para la paternidad.

RECOMENDACIONES:

Se debe fortalecer el aparato productivo con una verdadera reactivación de la economía que incida en la elevación del nivel de vida de la población expresada en la creación de fuentes de trabajo y la ampliación de los servicios de salud, educación, vivienda, saneamiento, etc.

Se debe impartir una campaña de educación sexual gratuita y obligatoria en todos los medios de comunicación en coordinación con los Ministerios de Salud y Educación a fin de divulgar el verdadero concepto de la planificación familiar como medio preventivo contra el aborto.

Se deben realizar acciones educativas sobre la sexualidad desde el punto de vista multisectorial con la participación de las organizaciones de base, como ser: Comités Populares de Salud, Clubes de madres, juntas vecinales, gremiales y sindicales, organizaciones no gubernamentales comprometidas con los intereses populares.

Se debe implementar un plan amplio de acceso a la educación sexual y a los servicios de planificación natural y artificial de acuerdo a la posición ética de la familia, precautelando siempre, en primer lugar, la salud de la mujer, respetando los valores culturales de los diferentes grupos étnicos del país.

Fortalecimiento de los programas de salud en el binomio madre-niño con una alimentación adecuada.

La coordinación con el Ministerio de Educación debe ser amplia, quien debe crear la materia de educación sexual con carácter obligatorio en todos los niveles del sistema aducativo incluyendo la formación docente, ampliando esta educación a todos los niveles de la comunidad acorde a las tradiciones culturales de los grupos sociales y étnicos de cada región.

GRUPO POBLACION

ASPECTOS PREVIOS:

En forma previa al desarrollo mismo del tema que le tocó al grupo desarrollar, estuvieron los siguientes aspectos:

- El título del taller fue cuestionado en sentido de que condicionaba a aceptar el hecho, por lo que sugerimos que se debería poner por la calidad de vida o la problemática del aborto.

- Se hizo una crítica al video como traumatizante para un análisis más objetivo.

- Las mujeres fueron invitadas, pero no expusieron sus propias problemáticas asumiendo un rol netamente de observadoras y no de ponentes.

Por último, se consideró la poca representatividad de las bases en este seminario.

La Paz, Marzo, 1989

ASPECTOS POBLACION

En Bolivia no hay política nacional de población.

CONAPO, propone lineamientos en base a estudios de salud y población que podrían constituir el instrumento base para la definición de una política nacional en materia de población acorde a nuestra realidad.

La temática sobre aborto, planificación familiar, población, etc., son temas que atañen a la vida cotidiana de las mujeres, sin embargo, ésta no tiene participación cuando se definen políticas sobre estas temáticas.

La planificación familiar no debe ser dirigida con fines preconcebidos, sino resultante de la autodeterminación consciente de la mujer y la pareja.

Promover un movimiento sostenido de mujeres que desvirtúe en la sociedad el rol meramente reproductivo que se le otorga a la mujer. Ya que éste es sólo una parte de su sexualidad y debe asumirse con libertad y responsabilidad.

La planificación familiar no debe ser librada a la decisión de pareja mientras persista la cultura machista donde la mujer no tiene facultad de decisión.

Debe quedar claro que las mujeres tenemos derechos a decidir sobre nuestro cuerpo y no aceptar que nuestra sexualidad sea objeto de políticas foráneas y verticales que imponen programas controlistas.

Asimismo, el respeto por los valores culturales de las diferentes etnias que tiene el país.

ASPECTOS DE VALORACION SOBRE LA PLANIFICACION FAMILIAR Y CONTROL DE LA NATALIDAD

La planificación familiar es un instrumento o un medio que surge de una adecuada educación para lograr desarrollar una paternidad responsable y una protección a la familia con respeto profundo de la pareja. Pero mal dirigida o mal orientada, se convierte en un instrumento negativo que lleva solamente a disminuir la maternidad.

El control de la natalidad como **su nombre** lo indica, es un sistema dirigido a

controlar la natalidad de un país puesto que es una imposición vertical que viola la soberanía de los pueblos.

Consideramos que la planificación familiar es un derecho humano declarado en la Conferencia Mundial de Población de Bucarest de 1974, puesto que el derecho se manifiesta en tener acceso a la información, a la educación y a la dotación de servicios.

La educación sexual debe ser integral para lograr que la mujer reconozca que es un ser sexuado que no debe ser objeto de uso y que no solamente es un ente reproductor.

Del conocimiento que deriva de la información recibida y de la educación acerca de su ser y de sus derechos, se logrará un cambio de actitud que llevará a tratar de cambiar la situación de postergación y marginamiento en la cual se desenvuelve.

La información sobre sexualidad es un derecho a la salud, puesto que ayuda a disminuir los factores de riesgo, como el embarazo en baja edad o después de los cuarenta años, los embarazos frecuentes y poco espaciados, las enfermedades de transmisión sexual.

La lucha contra el aborto es una clara demostración de que se defiende el derecho a la vida.

Una adecuada educación sexual permite tener una sexualidad libre, voluntaria y satisfactoria.

La situación socio-económica y política de país periférico, dependiente y atrasado, con modelo de desarrollo excluyente y hacia afuera, se ha visto reforzada con el actual modelo económico neoliberal de exclusión masiva de los actores de desarrollo y diferenciación social traducido en el Decreto 21060, agudizando el problema del aborto, impidiendo el desarrollo de la vida.

En términos de datos estadísticos, existe una deficiencia de información acerca del aborto y la que existe es incompleta.

El aborto es un efecto y parte de la problemática de salud, la misma que está inmersa en estructura socio-económica del país que se origina en la mala distribución de la riqueza, generando un sistema de injusticia que no da igualdad de posibilidades.

Por otro lado, sabemos que las características socioculturales de las diferentes

regiones de las áreas rurales y urbanas son distintas. Situaciones que complican más el crecimiento verdadero y completo de esta problemática. Todo esto sumado al pudor innato de la mujer para revelar su vida sexual íntima, devela que la mujer recurre a esta práctica, fundamentalmente por factores económicos y sociales, así como por desconocimiento de métodos anticonceptivos y/o por falla o mal uso de éstos.

Las implicaciones del aborto provocado no sólo inciden en factores económicos directos de un medio social en aumento de la morbimortalidad materna, en costos institucionales para atenciones de complicaciones inherentes al mismo, sino fundamentalmente sobre la salud mental de la mujer y de su familia.

Por todo lo expuesto, consideramos que esta estrategia de regulación de la propia natalidad es inadecuada y lastima profundamente la autoestima de quien por factores ajenos a su persona se ve obligada a esta única alternativa.

RECOMENDACIONES:

Se defina una política de población coherente, reafirmando el principio básico de la soberanía y autodeterminación del país, reiterando el derecho fundamental de formular y aplicar una política de población, de conformidad con nuestras propias prioridades y circunstancias, tomando en cuenta los valores culturales propios de cada región.

Mejoramiento de la calidad de vida a través de medidas en materia de políticas sociales que vayan dirigidas a los sectores más deprimidos del país. Esto se traducirá en acceso a salud, educación, vivienda, etc. El Estado debe asumir su responsabilidad en la implementación y la ejecución de una política social, dando prioridad a la educación, salud, vivienda. Con relación a la educación, se quiere hacer énfasis en que ésta debe ser democrática y desarrollarse en forma ético-moral.

Como recomendación urgente, se propone una educación sexual correcta como parte de la educación sexual integral escolar y extra-escolar.

En este sentido, deberá definirse previamente el grupo poblacional en el que se va a introducir el componente de educación en planificación familiar.

Por motivos de salud y autovaloración de la mujer y no demográficos, se deben implementar los servicios de planificación familiar. Enfatizando el aspecto informativo y educativo a la par de la oferta de servicios en planificación familiar y paternidad responsable.

POSICION DE LA IGLESIA CATOLICA:

Fundamenta su posición contraria a la planificación familiar impuesta, transcribiendo el inciso f-610 de Puebla y el mensaje de Juan Pablo II: "Proporcionar a la familia ante las campañas antinatalistas de origen gubernamental o promovidas desde otros países, suficientes conocimientos sobre los múltiples efectos negativos de las técnicas imperantes en las filosofías neomaltusianas y proceder a aplicar integralmente las normas éticas claras y repetidamente anunciadas por el Magisterio. Para lograr una honesta regulación de la fecundidad, se requiere promover la existencia de centros donde se enseñen científicamente los métodos naturales por parte de personal calificado. Esta alternativa humanista evita los males éticos y sociales de la anticoncepción y la esterilización, que históricamente han sido pasos previos a la legislación del aborto.

Creemos también que a lo que se debe tender y lo que se debe recomendar, es una mejor redistribución de riquezas entre países desarrollados y subdesarrollados y, aún más, entre todos los sectores de la población.

Tampoco se puede aceptar imposiciones del Banco Mundial y otras instituciones crediticias, que como condición de préstamos a organismos gubernamentales, exigen directa o indirectamente, el control de la natalidad.

El presente grupo de trabajo solicita a los auspiciadores de este evento la conformación de un Comité Interinstitucional (instituciones gubernamentales, no gubernamentales y de base), que se responsabilice de la ejecución y seguimiento de las propuestas planteadas, surgiendo una nueva reunión con el objeto de evaluar el proceso iniciado.

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DEL
SEMINARIO-TALLER
"LUCHA CONTRA EL ABORTO"**

20 al 23 de Marzo de 1989

Dada la situación alarmante del constante incremento del aborto inducido, con altos índices de morbi-mortalidad materna e infantil, debida a la situación económica y social de crisis imperante en el país, los participantes del Seminario-Taller "Lucha contra el Aborto", basando sus consideraciones en que ante todo debe primar la valoración de la vida, frente a la cual el aborto inducido es una práctica desde todo punto de vista condenable, considera que:

1. Se debe elevar el nivel de vida de la población, especialmente de aquella más afectada por el problema del aborto inducido, mediante la reactivación económica que posibilite un mayor ingreso y acceso a servicios básicos de salud, educación, vivienda adecuada y protección a la madre.
2. Que bajo ninguna circunstancia se permitirá ingerencias foráneas en el desarrollo de políticas de población y programas de salud y educacionales, que vayan contra la soberanía nacional en el planteamiento y ejecución de estas políticas.
3. Que la mujer tiene el inalienable derecho a la información y educación y a la protección legal y estatal de su inserción laboral y escolar o de otro tipo de formación, mientras dure su embarazo y período de lactancia.

Bajo estas premisas, se recomienda que:

1. Ante la crítica situación económico-social actual, este Seminario afirma que todo gobierno debe enfatizar una política social, tanto como una política económica, a fin de permitir a los sectores más deprimidos un equitativo acceso a los servicios de salud y educación.
2. Se deberá impartir educación sobre la salud de la reproducción, contemplando no sólo aspectos sexuales, sino también afectivos, éticos, de responsabilidad social y familiar, subrayando la participación y responsabilidad de ambos sexos por igual en la reproducción, en forma general y obligatoria, formal y no formal.
3. Se debe facilitar y hacer accesible la información sobre la salud de la reproducción, a fin de permitir el acceso de la mujer y de la pareja al derecho a determinar libre,

voluntaria y responsablemente el número de hijos que quiere tener y el momento en que desea tenerlos.

4. Se deben hacer accesibles, dentro de los servicios de salud, los servicios de planificación familiar, sobre una base libre y voluntaria, médicamente controlados, donde cada pareja pueda elegir el método que CONCIENCIALMENTE le convenga, vale decir, de acuerdo a sus principios éticos, morales y culturales, donde además se dé solución a otros problemas de salud de la mujer, tales como el cáncer genital femenino y las enfermedades de transmisión sexual, que inciden igualmente en los índices de morbilidad materna, dirigidos especialmente a los grupos de alto riesgo. Bajo ninguna circunstancia se aceptará el aborto inducido como método de planificación familiar.
5. Se debe revisar la legislación existente sobre el aborto, compatibilizando los diferentes códigos existentes y actualizar los artículos y sus reglamentos en base a los conocimientos actuales de las ciencias jurídicas, médicas y sociales.
6. Se debe reforzar las instancias de protección a la madre y al niño en el campo laboral, y promover la posibilidad de educación y formación formal y no formal de la madre embarazada y en período de lactancia, respetando los valores culturales de las diferentes etnias del país, pero velando, en todo caso, por los derechos de la mujer y del niño.
7. Se debe definir una política de población que reafirme el principio básico de la soberanía y autodeterminación del país, reiterando el derecho fundamental de formular y aplicar una política poblacional acorde con las necesidades, prioridades, circunstancias y valores culturales propios de cada región y del país como Nación.
3. Para lograr el cumplimiento de estas recomendaciones, se deberá crear las instancias interinstitucionales pertinentes en forma democrática de inmediato, a fin de que en el plazo de seis meses se haya identificado las instancias, instituciones y medios para la implementación de los proyectos que las viabilicen.

CLAUSURA

MONSEÑOR: LUIS SAENZ HINOJOSA
ARZOBISPO DE LA PAZ Y PRESIDENTE DE LA COMI-
SION DE ACCION SOCIAL DE LA CONFERENCIA EPIS-
COPAL BOLIVIANA

He escuchado con mucho interés las conclusiones y las intervenciones donde se nota un interés muy grande que conlleva un compromiso profundo a fin de que esa unidad entre nosotros pueda llegar un día a feliz término de acuerdo a todo aquello que cada uno de nosotros estamos ansiando en este momento. Hay algunos puntos coincidentes que son importantes. Todos nosotros estamos de acuerdo que el aborto es un crimen, que el aborto no es humano y que tenemos la obligación de respetar la vida humana y la dignidad de la persona humana.

Estamos completamente de acuerdo que el control de la natalidad también no está en consonancia con nuestra cultura y con nuestra situación y que dentro de esto hay un elemento sumamente importante que es el de la educación a todo nivel y que esto creo que todos y cada uno de nosotros hemos coincidido, quiero, con el permiso de ustedes, mencionar tal vez algunos puntos.

Las uniones matrimoniales de hecho constituyen una realidad común en nuestro ambiente, la interpretación de esta realidad es que dichas personas, según nuestro criterio, están poco evangelizadas o han tenido escasas oportunidades para evangelizarse, para saber lo que significa su ser cristiano, muchas veces nuestros cristianos no han superado el nivel inicial de conocimiento de su fe. Además, muchas parejas llegan a ser padres sin haber alcanzado la madurez psicológica y cristiana necesaria incluso las familias presionan a la celebración del matrimonio sin tomar seriamente en cuenta esta necesidad. Por ello es urgente preparar a la juventud para respetar el sentido del amor y al mismo tiempo, una catequesis adecuada para educar en el verdadero amor que sabe respetar a la otra persona que no es egoísta, no se busca a sí mismo, que no es posesivo.

El instinto sexual sin educación se convierte en genitalidad, sólo busca su satisfacción personal y egoísta.

La Iglesia coincide con el enfoque que ustedes dan al aborto y con sus causas principales de tipo económico, social, cultural y por ello reitero que la evangelización todavía no ha penetrado en nuestro medio, que no se educa para apreciar la vida. Existe un divorcio entre la vida y la fe. Ignoramos sobre la dignidad de la persona hu-

mana. Existen condicionamientos sociales, existe la pérdida de fe y crisis de valores. Los efectos del aborto son múltiples en el aspecto personal, como hemos escuchado existen actitudes deshumanizantes, traumas psicológicos y frustraciones, complicaciones de salud y en la mente, en el aspecto social existen pérdidas de valores, peligro de la generalización de la inmoralidad, desintegración familiar, se fomenta el secularismo ateísmo práctico, olvido del verdadero sentido del amor y de la dignidad humana.

Por otra parte, es lamentable que exista una mentalidad contraria a la vida, me refiero a la existencia de políticas de control de la natalidad que siguen presionando en forma más disimulada, la mayoría de la población no ha recibido la educación para una auténtica paternidad responsable, sin imposiciones, sino dentro de un recto discernimiento y no bajo la presión de opiniones ajenas o porque se pone de moda o por impulsos inmaduros. Constatamos que falta mucho para la educación de la conciencia recta y la claridad de conciencia porque se nota una manipulación agresiva y sutil que sufre la familia boliviana por parte de poderes e instituciones sociales.

Las causas son nuestra situación, como ustedes bien lo han recalcado, la dependencia respecto a políticas económicas poblacionales de los grandes centros generadores de vigencias culturales, se une a esto la pobreza generalizada que raya en la miseria, debido a la deuda externa, además del deterioro de los valores éticos que debilitan la moral cristiana y de la falta de conciencia de ser Iglesia en la mayoría de los bautizados que les priva de un tejido social de apoyo. Apelamos a la conciencia de los hombres con formación técnica, especialmente en las ciencias biológicas, médicas, sociales y psicológicas, pedimos nos presten su ayuda valiosa, para que sean capaces de iluminar con mayor claridad las diversas condiciones que favorecen a una honrada ordenación de la procreación humana.

Pedimos la cooperación internacional para Bolivia que, respetando su crecimiento demográfico, nos ayude a estudiar e investigar cómo se puede producir y distribuir el alimento necesario y la instrucción adecuada al hombre. Si las naciones más ricas nos ayudaran sinceramente para vencer los métodos agrícolas, arcaicos y nos enseñaran el empleo de nuevas técnicas en la agricultura, seguramente venceríamos la pobreza. El Concilio Vaticano Segundo, nos exhorta al respecto, "El derecho inalienable del hombre, el derecho al matrimonio y a la generación, así como la deliberación del número de hijos que se ha de engendrar, depende del recto juicio de los padres y de ningún modo puede quedar en manos del parecer de la autoridad pública y, como el juicio de los padres supone una conciencia bien formada, es muy importante que a todos se les dé la posibilidad de responder a esta responsabilidad honrada y verdaderamente humana que mire a la Ley Divina según la circunstancia y los tiempos".

Esto exige elevar el nivel pedagógico y el nivel social, que todos reciban la información del proceso de la ciencia en la investigación de métodos que puedan ayudar a los esposos en la ordenación numérica de la prole, siempre y cuando sean compatibles con el orden moral.

Cito al Papa en su discurso del 11 de mayo del año pasado en Cochabamba, que dice así: "No caigan nunca en la lamentable tentación de pensar que la solución de los problemas está en la eliminación de nuevas vidas mediante la esterilización o el aborto, no deben ceder al chantaje moral de quienes supeditan la ayuda sanitaria y natural a planes ilícitos de limitación de la natalidad, el cuidado de la salud colectiva es uno de los primeros deberes de los gobernantes y una indispensable inversión a largo plazo".

(Mensajes...).

Agradezco al Gobierno de la Nación y a todos los que han contribuido a la realización de este Seminario-Taller. Creo, tengo la seguridad y esperanza, que las exposiciones, las reflexiones y diálogos han abierto un camino para nosotros y que nos van ayudar a conocer la realidad tan preocupante, comprenderlo mejor y buscar juntos respuestas adecuadas a la buena salud de los conciudadanos, especialmente los más necesitados.

Creo yo y reitero, este Seminario es un inicio, es un comienzo que ha despertado nuestro interés y está abriendo nuestros ojos frente a una realidad que nos está desafiando. Quisiera pedirles que no terminemos acá y que este comienzo sea retomado por todos nosotros a fin de que sigamos reflexionando, sigamos dialogando y con la ayuda de nuestros profesionales y nuestras autoridades finalmente encontremos una respuesta, unas alternativas adecuadas de acuerdo a nuestra cultura, de acuerdo a nuestras necesidades, de acuerdo al respeto de la dignidad humana.

**CLAUSURA POR EL MINISTRO DE PREVISION
SOCIAL Y SALUD PUBLICA**

Dr. Joaquín Arce Lema

Las alarmantes cifras del aborto que nosotros hemos tenido oportunidad de apreciar en el curso de estas discusiones, nos han dado en cierta medida la magnitud del problema. La necesidad de hacer algo frente a esa realidad ha sido el motivo de este Seminario-Taller, nosotros respetamos las consideraciones y conclusiones a las que ustedes han llegado, nosotros creemos que la principal obligación del Gobierno es llamar la atención sobre los problemas de salud que existen en el país, en este caso nos hemos planteado una buena pregunta ¿Qué hacemos con el aborto? Y la respuesta pues está en el trabajo y la participación de cada uno de nosotros como persona o como institución. Como autoridad creo que el Gobierno necesita el apoyo de todas las instituciones que han participado en este Seminario para llevar a cabo una política que nos permita proteger a la mujer de este terrible problema. Pienso, positivamente, que este Seminario va a contribuir y nos va a traer una semilla en aspectos de educación sexual que nosotros como Gobierno tenemos que canalizar a través de los mecanismos que tiene el propio Ministerio a través del Ministerio de Educación, y a través de las instancias que nos están permitidas por Ley.

Creemos que el haber llamado la atención sobre el aborto y cumplir con las recomendaciones que ustedes realizan en este Seminario, hacen motivo del trabajo que tengamos nosotros en los meses siguientes.

Yo les agradezco el interés que han puesto y, además, espero que el Gobierno pueda cumplir con sus recomendaciones.

ANEXOS

PROBLEMATICA DE SALUD REPRODUCTIVA EN BOLIVIA

Dr. Gonzalo Nigoevich

La población boliviana estimada para 1988 es de 6.922.852 de los cuales 1.668.496 son mujeres en edad fértil de 15 a 49 años (fuente INE). Con una pirámide poblacional de base ancha correspondiendo el 53% a menores de 19 años (fuente INE). Con una tasa global de fecundidad de 6,25, con una tasa bruta de natalidad de 44.02×1.000 y un crecimiento poblacional, 2,7%, a pesar de la elevada tasa de fecundidad su mortalidad materna es de 48×1.000 , estimándose que el 27% corresponde a complicaciones del aborto inducido, siendo éste sólo la punta del iceberg.

En la década del 80' se han desarrollado investigaciones de esta problemática nacional.

La primera es "Mortalidad Materna en Hospitales y Registros Civiles" de la gestión 80' trabajo realizado por el personal de la Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil y publicado en 1982.

El universo estudiado es de 118 casos de 8 de las 11 Unidades Sanitarias, teniendo 92 casos 78% de defunción hospitalaria, 26 casos 22% de defunción domiciliaria, correspondiente a 1 de cada 3 madres sin unión estable.

Como causa de mortalidad materna el primer lugar lo ocupa la:

Hemorragia	47%
Sepsis	29%
Toxemia	11%
Otros	13%

Se ha visto que la mortalidad por aborto corresponde a un 27%, causada en un 66% por sepsis y un 34% por shock hipovolémico, dándonos una relación cada 10 muertes maternas, 3 son por aborto.

La segunda investigación fue realizada por la Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia "Investigación de los aspectos sociales y médicos de la pérdida del embarazo" en los Maternológicos del Ministerio y de las instituciones aseguradoras de las Unidades de La Paz, Oruro, Santa Cruz, Cochabamba y Sucre, donde se recolectaron 4.371 formularios de pérdida de embarazo menores de 27 semanas de gestación, de la gestión 84' y publicada en 1985.

Encontrándose:

Sucre	24.69	por 1.000 mujeres
Oruro	14.05	
Cochabamba	13.52	
Sta. Cruz	7.48	
La Paz	4.71	

Con un 77% de aborto espontáneo y un 23% de aborto inducido. Su proporción es uno de cada cuatro que acepta maniobras abortivas.

El 69% son mujeres menores de 29 años, el 26.1% son solteras convivientes, divorciadas, separadas y viudas.

El tercer estudio es de la Historia Clínica Perinatal Simplificada de la Dirección Nal. de Materno-Infantil, de uso en las Maternidades del Centro de Salud La Paz, Oruro y Provincias (Challapata, Huanuni), Potosí y centros mineros (Llallagua, Uncía), Sucre, Tupiza y Provincia Villazón; Tarija con su Provincia Bermejo, se estudian 4.021 del primer semestre de 1988 de las cuales 74,3% son embarazadas menores de 29 años, de las cuales informan 820 que tuvieron abortos correspondiente a 20,4% de éstas el:

11.9%	con un aborto	478	pacientes
3.2%	con dos abortos	129	pacientes
5.3%	con 3 o más abortos	213	pacientes.

El cuarto estudio corresponde a la ficha codificada de Papanicolao de la Dirección Nal. de Materno Infantil del Programa Detección y Control del Cáncer Cérvico Uterino, realizado en la ciudad de Oruro y su Provincia Huari, y en las poblaciones de Cobija y Riberalta, el informe es hasta diciembre de 1988. Teniendo 943 registrados de los cuales 583 registros refieren el 61.8% indican antecedentes de abortos con un total de 1.091 abortos llegando al extremo que dos casos 0.21% refiere 11 abortos.

El registro comparativo por grupo de edad de la información obtenida de la H.C.P.S. y de la ficha codificada de Papanicolao, ambas de la Dirección Nal. Materno Infantil es conocida (Anexo: Tabla 1 y gráfica 1).

Es posible que la H.C.I.S. tenga algún grado de subregistro además que de ella habría que eliminar las nuligestas que son aproximadamente el 30%, con lo que la tasa por grupos de edad ascendería aproximadamente en el mismo porcentaje.

La otra fuente F.C.P., que registra tasas mucho más elevadas, situación que podría deberse a las dos siguientes posibilidades:

1. Mejor Anamnesis de antecedentes de aborto.
2. Mayores tasas de aborto en las poblaciones que solicitaron el programa.

El quinto lugar es la información suministrada por las oficinas de Bioestadística:

a) Hospital San Juan de Dios de Oruro. El Servicio de Ginecología atendió durante el primer semestre de 1988: 112 internaciones por todas las causas, de ellas 78 son por aborto, lo que significa 63.93%.

De esta información, tenemos que de cada 7 mujeres con aborto, una refiere no tener unión estable.

b) Hospital de Clínicas de La Paz. El Servicio de Ginecología tendría durante el año 88', 710 internaciones por diversas causas, de ellas 389 son por aborto, lo que significa 54.8%.

De estas internaciones por aborto, 1 de cada 3 mujeres informan unión no estable.

OBSERVACIONES:

1. Existe un subregistro de mortalidad materna en los servicios de salud y registro civil.
2. La causa más común de mortalidad materna por aborto es la sepsis, 66% lo que nos demuestra la práctica de maniobras abortivas, le sigue el shock hipovolpémico 34% que en un elevado porcentaje va acompañado de sepsis.
3. Nuestra población de mujeres embarazadas un 74.3% son menores de 29 años que acuden a los servicios que brinda el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, a través de sus establecimientos, donde se presta atención de prenatal, parto institucional, puerperio, detección del cancer.

4. Tenemos un elevado porcentaje de mujeres en edad fértil con antecedentes de aborto, sea espontáneo o inducido, vemos que a medida que aumenta la edad, aumenta el número de mujeres que refieren aborto, siendo la cúspide el grupo etáreo de 40 a 44 años, con una tasa de 69.7%, siendo superior en relación a la literatura de hace 10 años.
5. Tenemos que en nuestros servicios de ginecología la ocupación cama-paciente es a predominio de mujeres con aborto y sus complicaciones, lo que ocasiona un elevado gasto a los hospitales y a los familiares del paciente.

RECOMENDACIONES:

1. Mejorar nuestro sistema de captación de datos e información de los sistemas de salud y de registro civil.
2. Orientación y educación en salud reproductiva a las mujeres en edad fértil.
3. Coordinar con el Ministerio de Educación la implantación del tema Salud Reproductiva en el Per sum de los Colegios.
4. Coordinar con las instituciones organizadas la introducción de talleres de trabajo sobre riesgo reproductivo.
5. Apoyar a la mujer embarazada sin unión estable, proporcionándole los recursos que disponga cada institución.

Dr. Gonzalo Nigoevic H.
JEFE NAL. PROGRAMA DETECCION DEL CANCER

**TASAS DE ABORTO POR GRUPOS DE EDAD
31 DICIEMBRE - 1988**

EDAD	HCPS	CANCER
15-19	4.9	33.3
20-24	10.5	30.0
25-29	19.2	46.1
30-34	30.8	52.0
35-39	31.6	62.8
40-44	34.2	69.7
45-49	---	61.1
50-54	---	67.7
55-59	---	50.0
60-64	---	57.1
65-69	---	58.3
<hr/>		
TOTAL	16.7	58.3

Fuente: D.N.S.M.I., Detección de Cáncer

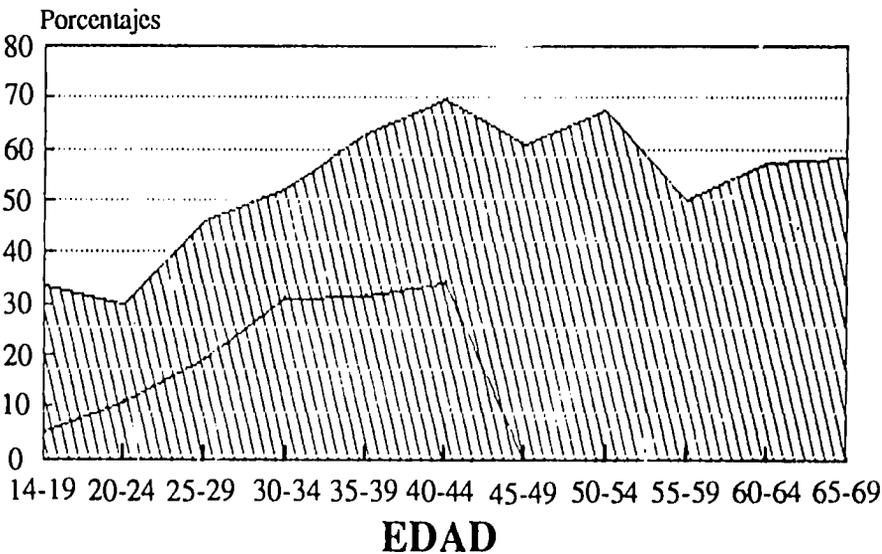
Fuente: D.N.S.M.I., Historia Clínica Perinatal Simplificada

ABORTO POR EDAD

BOLIVIA - 1988

B
O
L
I
V
I
A
-
1
9
8
8

ABORTO POR EDAD



--- HCPS  CANCER

CIDEM

PROPUESTA PARA LA DISCUSION SOBRE EL CONTROL DE LA NATALIDAD

Los temas de la planificación familiar, control de la natalidad, crecimiento demográfico, crecimiento población, son temas fundamentalmente vinculados a la vida de las mujeres. Sin embargo, es frecuente que nosotras no seamos consultadas toda vez que se diseñan políticas al respecto.

Bolivia tiene una dramática experiencia en el accionar del Cuerpo de Paz cuyos excesos y prácticas de esterilización fueron fruto de una concepción de desarrollo vinculada a la Alianza para el Progreso y a un período del Banco Mundial en el que se concebía de manera general para América Latina la necesidad de limitar los nacimientos para combatir la pobreza y, por lo tanto, la rebelión o levantamiento popular.

Hoy en día, el Banco Mundial vuelve a insinuar, si no a comprometer, que nuestro país debe emprender programas de educación sexual (léase cómo tener menos hijos) como condición para el apoyo a programas de desarrollo. Aunque los representantes del Ministerio de Salud han afirmado públicamente que no existe ningún compromiso al respecto, es oportuno plantear nuestros puntos de vista al respecto.

1. Lo primero que se debe plantear, es el tema de la soberanía. En este punto las mujeres en tanto ciudadanas, debemos oponernos a cualquier intromisión que condicione nuestra política, a créditos o programas, así sean estos de supuesto beneficio para el país. Ni recomendaciones a favor o en contra de la planificación familiar deben ser admitidas por parte de ningún gobierno u organismo internacional.
2. Un segundo aspecto es el que se refiere a desvirtuar la idea prevaleciente en la mayoría de los sectores sociales, de que la mujer sea vista simplemente como agente reproductor. El rol reproductivo de la mujer debe ser visto como parte de su sexualidad, lo que entraña básicamente el derecho al placer libre de los temores de un embarazo no deseado.
3. Por lo dicho anteriormente, no se puede admitir que la sexualidad de la mujer sea un objeto de políticas gubernamentales que consideren solamente "razones de Estado". Así vemos que en un país como la India o la China se favorece el control de la natalidad por exceso de población, mientras que en Bolivia se fomenta la natalidad so pretexto de falta de población. (1) Nosotras nos preguntamos qué hacen

los gobiernos para velar que esos niños que nacen sobrevivan?. La falta de servicios, empleo y condiciones básicas de vida no parecen levantar tanto polvo como el hecho mismo de la planificación familiar, la misma que violenta valores culturales-religiosos que se basan en una visión discriminatoria de la mujer.

4. En algunos círculos donde se admite la planificación familiar, se habla de la "libre elección de la pareja". La primera reflexión que surge es la que se refiere al margen de libertad que se tiene para elegir. Y esto está determinado por el tipo de información, los valores culturales y, en definitiva, las necesidades materiales y su posibilidad de satisfacerlas.

En una cultura machista como la nuestra, dejar la decisión en manos de la pareja, significa dejar la decisión en manos del hombre. La experiencia vivida en los sectores populares muestra que, por ejemplo en la zona de El Alto, el número ideal de hijos es de tres y que luego de ello las mujeres desean evitar sus embarazos, probablemente renunciando a su vida sexual y afectiva. Son los esposos quienes se oponen, puesto que el recurso de los anticonceptivos impide que ellos controlen la actividad sexual de sus esposas. Esto las convierte por efecto del machismo, en inmediatamente sospechosas de adulterio y potenciales víctimas de la violencia. Sólo en una relación de pareja igualitaria donde hombre y mujer tengan el mismo poder de decisión y conocimiento, será posible una decisión concertada. Mientras tanto, hay que asumir que somos las mujeres en última instancia, quienes tenemos derecho a decidir sobre nuestro cuerpo.

5. Otro elemento a tener en cuenta es el hecho de que la propia política de anticoncepción ha concentrado sus esfuerzos en la mujer y así la industria farmacéutica ha desarrollado e invertido mucha energía y recursos en dispositivos y medicamentos capaces de ser aplicados a la mujer y no lo ha hecho en la misma proporción con los varones. Las razones no son científicas. No admiten la posibilidad de atentar contra la fuente de su poder que es la virilidad y los órganos sexuales que supuestamente la confirman.
6. En definitiva, debemos abogar porque sea la mujer quien decida el número de hijos que quiere tener, sin estar sometida a presiones internacionales, razones de Estado o prejuicios machistas. Para ello se requiere sobre todo, de una amplia y adecuada información, educación, pero sobre todo, de un proyecto de desarrollo que favorezca la igualdad con el hombre y, por lo tanto, recién permita una concertación de la vida sexual, familiar y social.

CIES

CENTRO DE INVESTIGACION, EDUCACION Y SERVICIOS

El Aborto

El tema del aborto siempre ha generado polémica y para ser tratado se debe tomar en cuenta diversos factores que van desde lo biológico hasta lo ético, pasando por lo psicológico, económico, social, jurídico, etc.

Se define el aborto, que puede ser espontáneo o provocado, como la interrupción del embarazo antes que el feto sea viable, es decir que pueda tener vida extrauterina independiente.

En este documento nos interesa profundizar en el análisis del aborto provocado, concretamente del ilegal, por su carácter conflictivo a nivel individual y social.

En Bolivia el aborto cobra una dimensión insospechada. Los estudios realizados no logran captar la verdadera dimensión de esta problemática por lo difícil que es abordar y recabar la información necesaria.

En el año 1980, la División Nacional de Salud Materno Infantil realizó un estudio de "Mortalidad Materna en Hospitales y Registros Civiles de 11 Unidades Sanitarias". Los resultados de esta investigación fueron, que el 27% de las defunciones de mujeres se debieron al aborto, es decir, de 10 muertes maternas 3 son por aborto.

Un año después la Lic. Elisa Saldías realizó una investigación en la ciudad de La Paz, donde se entrevistó a una muestra representativa de mujeres en edad fértil, de las cuales se obtuvo que el 23.3% de estas mujeres se habían realizado al menos un aborto durante su vida reproductiva. Cifra que debe llamar la atención, ya que no se trata de muestra cautiva como en el caso de hospitales, consultorios, etc., sino de mujeres en general. (1)

Tomando información de las historias clínicas de los años 1987-1988, CIES realizó un sondeo sobre el índice del aborto. De las 2.776 mujeres que asistieron a los consultorios, 40.4% se realizaron al menos un aborto.

La Sociedad Boliviana de Ginecología y Obstetricia realizó en 1984 un estudio sobre los aspectos sociales y médicos de la pérdida de embarazo en los principales centros hospitalarios del país, que si bien hace un análisis sólo de los abortos que llegan a los hospitales por complicaciones, sin tomar en cuenta aquellos que no presentan patología que justifiquen atención hospitalaria, es la única investigación que trata el tema directamente y nos brinda información valiosa para el análisis. Es por esta razón que utilizaremos los cuadros de este estudio para profundizar en la problemática.

Los resultados de los cuadros se refieren a los siguientes casos:

CIUDAD	M.E.F.I.	Nº CASOS DE ABORTO	RELACION DE CASOS DE ABORTO POR 1.000 MUJERES EN EDAD FERTIL
Cochabamba	79.680	1.077	13.5
La Paz	260,910	1.230	4.7
Oruro	49.680	698	14.0
Santa Cruz	108.22	810	7.5
Sucre	22.520	556	24.7
TOTAL DE CASOS:		4.371	

% Mujeres en Edad Fértil

Fuente: SOCIEDAD BOLIVIANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, 1984

Es importante señalar que de los 4.371 casos estudiados el 23% o sea 1.005 casos corresponden a abortos provocados, cifra sobre la cual se basa el presente estudio.

MUJERES CON ABORTOS PROVOCADOS POR EDAD

CUADRO N° 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES CON ABORTOS PROVOCADOS QUE FUERON HOSPITALIZADAS, POR EDAD Y CIUDAD

EDAD	TOTAL	CBB	LPB	ORU	STC	SUCRE
14 - 17	4.4	3.4	3.0	5.1	5.0	4.7
18 - 19	7.5	9.2	9.7	4.7	7.5	7.5
20 - 24	27.2	28.6	24.2	24.4	26.6	38.7
25 - 29	30.1	25.2	30.1	34.6	30.7	26.4
30 - 34	15.0	16.5	15.6	14.9	20.1	11.3
35 - 39	11.7	13.6	10.8	14.6	8.0	8.5
40 y mas	2.9	3.4	5.9	1.7	1.5	2.8
S/D	0.1	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0

Fuente: SOCIEDAD BOLIVIANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, 1985

Si se toma en cuenta la edad se puede observar que los tramos de 20-24 y 25-29 años, con 27.2% y 30.1%, respectivamente, ocupan más del 50% de los casos de abortos. Esta información es consistente con la encuesta que se menciona anteriormente que fue realizada en La Paz, hecho que es explicable además ya que estas edades corresponden al período reproductivo más activo de la mujer. Sin embargo, es interesante observar que un 11.9% de abortos provocados se dan en mujeres de 14 a 19 años.

Al realizar un análisis por ciudad, puede verse que en Cochabamba y Sucre los porcentajes de aborto más relevantes son en mujeres más jóvenes de 14 a 17 años (31.8% y 62.5%, respectivamente).

En el caso de Sucre se debe tomar en cuenta que se trata de una ciudad donde predominan los estudiantes y estas cifras estarían reflejando la falta de una educación sexual. Cuando se cruza la variable aborto con el personal que realizó la práctica puede verse que sólo un 17.9% de los abortos fueron practicados por personal médico, siendo el 82.1% de los mismos practicados por empíricos. Mientras que en La Paz y Santa Cruz, más del 50% de los abortos (50.5% y 51.3%) fueron practicados por personal médico.

Contrariamente a lo que podría suponerse, en Santa Cruz los porcentajes de abortos en adolescentes, muestran la misma tendencia que en las demás ciudades, esto a pesar de que se inician más tempranamente en su vida sexual. La explicación radicaría en que existe en esta región una mayor información sobre educación sexual y métodos anticonceptivos.

MUJERES CON ABORTOS PROVOCADOS POR NIVEL INSTRUCCION

Cuadro No. 2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES CON ABORTOS PROVOCADOS QUE FUERON HOSPITALIZADAS POR NIVEL DE INSTRUCCION Y CIUDAD

	Total	CBB	LPB	ORU	STC	SUCRE
No fue a la Escuela	10.1	6.3	7.5	17.6	4.5	1.3
Primaria	39.3	34.5	37.1	36.3	61.8	18.9
Secundaria	42.7	50.5	46.2	35.3	33.7	59.4
Superior	7.7	9.3	8.6	10.8	0.0	10.4
Otros	0.0	0.0	0.0	0.2	0.0	0.0
S/D	0.2	0.5	0.5	0.0	0.0	0.0

Fuente: SOCIEDAD BOLIVIANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, 1985

Es interesante observar que el mayor porcentaje de abortos se dan en mujeres que han cursado secundaria (42.7%), le sigue en orden de importancia el grupo de mujeres que han alcanzado la primaria (39.3%). Sin embargo, cabe hacer notar que entre las mujeres que abortaron y que tenían un bajo nivel de instrucción, y las que tenían estudios superiores no hay una diferencia relevante (10.1% y 7.7%, respectivamente). Esto lleva a desestimar la hipótesis, que a menor nivel de instrucción, mayor incidencia de abortos provocados.

Se puede añadir también, que las complicaciones de aborto provocado en mujeres de mayor educación, no llegan siempre a los hospitales, sino que recurren a clínicas que no han sido tomadas en la muestra, lo que implicaría que estos porcentajes pueden estar además subestimados para este grupo de mujeres.

Aunque puede observarse que el nivel de instrucción no es una variable que incide fundamentalmente en los abortos provocados, debe tomarse en cuenta que si es relevante cuando se analiza a la persona que inició el aborto, ya que el 42.1% de las mujeres que abortaron con niveles superiores de educación, recurrieron a personas con adiestramiento médico, mientras que sólo el 22% de las mujeres sin ningún grado de instrucción lo hicieron. Cabe señalar, sin embargo, que el acceso a personal médico entrenado en general se debe fundamentalmente a factores económicos más que al nivel de instrucción.

MUJERES CON ABORTOS PROVOCADOS POR ESTADO CIVIL

Cuadro No. 3

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES CON ABORTO PROVOCADO QUE FUERON HOSPITALIZADAS POR ESTADO CIVIL Y CIUDAD

	Total	CBB	LPZ	ORU	STC	SUCRE
Soltera	20.9	18.4	21.0	15.9	20.6	39.6
Conviviente	13.6	8.3	14.0	16.9	18.1	5.7
Casada	58.7	66.0	60.2	56.3	58.8	48.1
Divorciada	6.9	7.3	4.8	10.8	2.5	6.6
Separada, viuda						

Fuente: SOCIEDAD BOLIVIANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, 1985

La mayoría de los casos de abortos provocados se dan en mujeres casadas (58.7%) que sumadas al 13.6% de las convivientes, puede decirse que este tipo de abortos incide más en mujeres en unión, que en las solteras (20.9%).

Esta misma tendencia se mantiene en las ciudades estudiadas, a excepción de Oruro y Sucre. En esta última ciudad los porcentajes más altos se dan en mujeres solteras, hecho que confirma los porcentajes altos en los tramos de edad más tempranos.

Otro hecho que llama la atención es, que las mujeres solteras presentan los porcentajes más altos de casos tratados con personal médico (47.3%), en contraste con las casadas (35.6%). Este fenómeno podría responder a la situación económica de la familia de las mujeres casadas, motivo por el cual se recurre al aborto, y obviamente incide en la calidad del mismo.

MUJERES CON ABORTOS PROVOCADOS POR NUMEROS DE HIJOS

CUADRO N° 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES CON ABORTO PROVOCADO QUE FUERON HOSPITALIZADAS POR NUMERO DE HIJOS Y CIUDAD

Nº DE HIJOS	TOTAL	CBB	LPB	ORU	STC	SUCRE
0 HIJOS	18.1	17.5	25.8	12.9	11.6	34.0
1 HIJO	17.6	18.9	17.2	18.6	17.1	14.2
2 HIJOS	19.4	20.9	18.8	14.2	29.1	13.2
3 HIJOS	16.6	13.1	16.1	24.4	11.1	13.3
4 HIJOS	11.3	12.1	9.7	17.6	21.1	13.2
5 Y MAS	16.9	17.5	12.4	12.2	10.1	12.3

FUENTE: SOCIEDAD BOLIVIANA DE GINECOLOGIA Y OBTETRICIA, 1985

En principio, se partió de la hipótesis de que a mayor número de hijos mayor incidencia de abortos. Observadas las cifras, las diferencias no son significativas.

Nuevamente, las mujeres de Sucre acusan el mayor porcentaje de abortos en mujeres nuliparas (34.0%). Por las características anteriores descritas, es posible definir un perfil de estas mujeres que es: mujeres menores de 20 años, solteras y estudiantes. Lo mismo sucede en la ciudad de La Paz donde un cuarto de los casos están concentrados en 0 hijos.

MUJERES CON ABORTOS PROVOCADOS POR USO DE ANTICONCEPTIVOS

Cuadro No. 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES CON ABORTO PROVOCADO
QUE FUERON HOSPITALIZADAS POR USO DE METODOS

	Total	CBB	LPB	ORU	STC	SUCRE
Uso	39.8	24.8	20.4	64.4	35.7	42.5
Abstinencia	22.5	15.0	16.7	21.4	37.7	33.0
DIU	10.3	1.0	2.2	31.9	0.0	1.9
Hormonales	2.7	5.8	0.0	2.7	3.5	0.0
Condón	4.2	2.4	1.6	8.5	0.5	7.5
Otros	0.1	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0
No uso	60.2	75.2	79.2	35.6	64.3	57.5

Fuente: SOCIEDAD BOLIVIANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, 1985

El uso de métodos anticonceptivos en mujeres que abortaron es bajo, no llega a un 50%. Si se toma en consideración los porcentajes de uso de método de abstinencia periódica tales como ritmo, moco cervical, etc., se puede deducir que las mujeres llegaron al aborto por haberles fallado el mismo. Obviamente, los métodos de menor margen de seguridad son los de abstinencia periódica, más aún cuando las mujeres que dicen usarlos no conocen bien los días fértiles en que deben cuidarse. Por otro lado, cabe recordarse que este método de pareja implica un compromiso compartido con el varón, que muchas veces no está dispuesto a cumplir, obligando a la mujer a tener relaciones inclusive en sus días fértiles produciendo un embarazo no deseado.

En el caso de Oruro, llama la atención el 31.9% de abortos de mujeres que usaron el DIU. Este método tiene un margen de seguridad por un año, del 94 al 97% en cada 100 mujeres, por lo que sería imposible esta cifra. Esto más bien puede deberse a un error de cálculo al formular el cuadro.

**MUJERES CON ABORTOS PROVOCADOS POR RAZONES DE
NO USO DE ANTICONCEPTIVOS.-**

CUADRO Nº 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE MUJERES CON ABORTOS PROVOCADOS QUE FUERON HOSPITALIZADAS POR RAZONES DE NO USO DE ANTICONCEPTIVOS

RAZONES DE NO USO	TOTAL	CBB	LPB	ORU	STC	SUCRE
DESEABA UN EMBARAZO	2.3	2.6	4.7	0.0	2.3	0.0
DESCONOCE ANTICONCEP. NO PODIA EMBARAZARSE	47.7	58.1	44.6	22.9	43.0	82.0
TEMOR EFECT. SECUND.	17.4	15.5	28.4	22.9	9.4	3.3
POCA ACTIV. SEXUAL	9.9	7.1	16.2	3.8	14.1	3.3
OPOSICION DEL ESPOSO	9.4	9.0	2.0	18.1	11.7	8.2
COSTO DEL ANTICONCEP.	7.0	4.7	1.4	29.5	0.8	1.6
OTROS	2.2	1.6	1.4	0.0	7.8	0.0
S/D	3.4	1.3	0.7	2.9	10.9	0.0
	0.7	1.3	0.7	0.0	0.0	1.6

FUENTE: SOCIEDAD BOLIVIANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, 1985

Este cuadro evidencia claramente que una de las razones más importantes para que la mujer no use anticonceptivos es el desconocimiento de los mismos, ya que 47.7% de mujeres que abortaron no los conocían. Este hecho plantea que estas mujeres no tenían otro mecanismo más que el aborto para evitar un hijo no deseado. Si se observan además los porcentajes de "temor a efectos secundarios" (9.9%), se obtiene que más de la mitad de las mujeres que abortaron o no conocen métodos o tienen mala información de ellos.

La segunda razón de no uso de anticonceptivos es "No podía embarazarse", este porcentaje estaría demostrando que las mujeres de este grupo no conocen a caba-

lidad el funcionamiento del ciclo reproductivo. Muchas de ellas no tienen relaciones regularmente y cuando las tuvieron casualmente no estuvieron en sus días fértiles, por lo que sacaron como conclusión que no podían embarazarse, o pudiera tratarse de mujeres que no ovulan todos los meses.

Otra razón que debe resaltarse el porcentaje de 7.0% que dijeron que no usaron métodos anticonceptivos por oposición del esposo, más aún en Oruro donde este porcentaje es de 29.5%. En el desarrollo de programas de planificación familiar ya se había observado este fenómeno, los varones no quieren que las mujeres usen métodos ya que "podrían engañarlos". Por otro lado, se evidencia una vez más que la responsabilidad de la reproducción recae totalmente en la mujer y es ella la que debe resolver que hacer, si cuando a pesar de no dejarlas usar métodos, quedan embarazadas.

Cuando las mujeres declaran que una razón de no uso de métodos anticonceptivos es su poca actividad sexual (9.4%) cabe reflexionar los motivos de esta afirmación. Algunas efectivamente tienen poca actividad sexual ya que sus parejas viajan constantemente. Otras utilizan la abstinencia como método anticonceptivo hasta que un día son presionadas por el varón a tener relaciones a pesar de estar en sus días fértiles. En el caso de las solteras el fenómeno es muy interesante, ya que en trabajo de grupo manifestaron que el uso de la píldora, condón o DIU implicaba premeditación, desprestigiándola ante su pareja por ser una "mujer sabida" y en cambio recurrir al aborto no.

Por último, el porcentaje de 2.3% de mujeres que recurrieron al aborto y que deseaban embarazarse muestra la ambivalencia que atraviesa la mujer, que por un lado necesita embarazarse para reafirmar su identidad en la maternidad, valor que exalta la sociedad, y por otra, la realidad que se impone, ya sea el de ser mujer casada en mala situación económica, mujer que haya tenido una relación extra matrimonial o mujer soltera que no puede asumir su embarazo.

Por todo lo expuesto puede afirmarse que la práctica del aborto no está determinada fundamentalmente ni por el nivel de instrucción, ni por el status socio-económico a excepción de las condiciones en que se practica, ya que los estratos altos tienen acceso a clínicas o médicos particulares en condiciones más higiénicas donde el costo del aborto varía entre los \$us 100 a 200.

Si bien todas estas cifras sólo muestran una parte del problema, son importantes para iniciar la discusión del mismo para eso debemos abordar la pregunta por qué recurre al aborto la mujer, poniendo en riesgo su vida, su salud física y su estabilidad psíquica?.

Se observan razones como el desconocimiento de su fisiología, desconocimiento de métodos anticonceptivos, etc., que pueden mostrar una parte de la casualidad, pero existe un elevado porcentaje de mujeres que conocen métodos y no los usaron, así como las que habiendo recurrido al aborto no desean usarlos en el futuro.

Dijimos a un comienzo que este análisis se lo debía realizar con mucho cuidado ya que son varias las razones que se combina, se interrelacionan y se apoyan en la decisión de recurrir a un aborto.

Las razones legales no son desconocidas y a pesar de la "aceptabilidad" social no soluciona los conflictos internos de quien recurre o apoya un aborto.

El Código Penal Boliviano reconoce como causal de aborto cuando el embarazo ha sido fruto de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto. Así como éste se haya practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre.

Para que esto sea viable debe estar corriendo previo al aborto, un juicio que dictamine su legalidad y posteriormente deberá ser personal médico quien lo realice. En estos casos, la protección de la vida y la salud de la mujer están garantizadas, sin embargo, a la ley poco le interesa las consecuencias psicológicas del juicio y de la práctica en sí.

Por otro lado, hasta que se dictamine la sentencia pertinente, el embarazo progresa e incluso llega a su término. Nos preguntamos entonces que futuro de aceptación y amor tiene el nuevo ser cuando éste ha sido rechazado por ser fruto indeseado.

Cuando no existe causal legal para la realización de un aborto todo lo dicho cobra una dimensión aún más trágica.

En el caso de la mujer soltera, viuda o separada, los móviles que la llevan al aborto pueden ser: en primer lugar la presión social de ser resguardada para el ejercicio de su sexualidad en beneficio únicamente de un hombre que la asuma socialmente como su compañera, por otro lado la dificultad que representa para una mujer sola la crianza de un niño por la imagen social, así como por su situación económica.

En el caso de las mujeres casadas con hijos, la problemática económica se hace más patente. En la actual crisis económica y por las características del desarrollo del Estado, las familias buscan limitar el número de sus hijos como forma de paliar su situación individual. Obviamente esta "solución" extrema, que arriesga incluso la

integridad del hogar, es asumida por la mujer debido a la presión que la crisis ejerce sobre el núcleo familiar. La contradicción se hace aún más clara, cuando por un lado la estructura social presiona al rechazo del nuevo embarazo y por otro es esta misma sociedad la que condena la utilización del aborto. A todo esto se añade el hecho de que la mujer por varias causas es marginada del derecho al conocimiento y uso de anticonceptivos. Uno de los motivos más relevantes para esta falta de acceso a métodos es la concepción oficial del ejercicio de la actividad sexual, del sexo para la procreación.

La vivencia de la sexualidad para la sociedad patriarcal debe darse en el caso de la mujer dentro de los moldes de la pareja monogámica heterosexual y reproductiva; sin embargo, esta sociedad es profundamente contradictoria pues utiliza la permisibilidad sexual y el cuerpo de la mujer en favor de la comercialización de ambos y como forma llamativa para introducir en el mercado algún nuevo producto. Por otro lado, mantiene el discurso moralista base de la educación puritana, donde a los individuos no se les permite desarrollar su sexualidad plenamente con información y educación acorde a sus necesidades.

Todo esto genera un sentimiento de culpa respecto a la vivencia sexual y obviamente a un embarazo no deseado donde se multiplica y profundiza la culpa.

Es así como encontramos en el estudio analizado, que el 32.5% de las mujeres que se realizaron un aborto afirmaron que no pensaban usar anticonceptivos, ya que no tendría más relaciones sexuales, frustrando y apagando una parte sustancial de la vida y el desarrollo de los seres humanos. Es posible que alguna de ellas haga evidente este renunciamento, pero la gran mayoría volverá a tener relaciones sexuales con más culpa y con mayores posibilidades de un embarazo no deseado.

La deificación de la mujer como madre atraviesa el mosaico cultural colocando sobre la mujer el estigma de que su valoración solamente es dada por ser fecunda y reproductora. Este hecho la lleva a una nueva contradicción donde precisa reforzar su identidad en el hecho de concebir y por otro lado su imposibilidad de hacer efectiva su función materna por razones ya sea sociales o económicas, etc.

Finalmente, se debe agregar que los métodos anticonceptivos no son totalmente seguros. Los métodos de abstinencia periódica, únicos permitidos por la Iglesia, requieren para su relativa efectividad un conocimiento profundo de la fisiología femenina, una observación detenida de los cambios que se produce en cada mujer y el compromiso del compañero, cuestiones que difícilmente se dan. Por lo que ésta es también una razón de peso que lleva a la mujer a recurrir al aborto.

Todas las causas señaladas nos deben llevar a visualizar los conflictos por los que atraviesa la mujer, como dice Villareal "al fin de cuentas es la mujer sola, asustada, agobiada por la inmensidad de su tragedia, muchas veces con complejo de culpa, ignorante de lo que puede sucederle, ambivalente, insegura y de todas maneras traumatizada, quien toma una decisión en contra de la ley, caso siempre en contra de sus principios, y ante el desamparo total de la sociedad que, ciegamente, la conduce al aborto clandestino, deshumanizado y explotador, como alternativa más viable en su situación particular" (2).

El presente documento no pretende dar soluciones para la erradicación del aborto provocado e ilegal debido a que, como anotamos anteriormente, se trata de un tema poco estudiado y reflexionado cuyas características son variables y por lo mismo contradictorias.

Consideramos sin embargo que el primer paliativo de solución es enfrentar la educación sexual con todos sus componentes de manera masiva atravesando edades, sexos y estratos sociales.

Así se podrá hacer efectivo el pensamiento del sexólogo Luis María Aller Atucha cuando dice: "El sexo reproductivo, es aquel que sirve para tener hijos y debe ser SIEMPRE REFLEXIVO y RESPONSABLE, teniendo presente al "otro", al nuevo ser que vendrá al mundo producto de esa unión sexual. El sexo placer aquel desvinculado de la reproducción, debe también ser CUIDADOSO y RESPONSABLE justamente porque no tiene una voluntad y finalidad procreativa" (3). Con esto se lograrán parejas respetuosas de sus cuerpos y necesidades y sobre todo se desmistificará a la mujer como ser estrictamente reproductor, dotándola de una valoración que logre el salto de objeto a sujeto, respetándola en su integridad, obviándole el sufrimiento que representa el uso publicitario de su cuerpo y el enfrentamiento solitario de la reproducción.

La planificación familiar es otro recurso que debe ser encarado por el Estado, brindando a la población la información y el acceso a los servicios de métodos anti-conceptivos, de manera también masiva, para que así se cumpla su carácter preventivo.

Obviamente estos recursos no expresan la dimensión de las soluciones para enfrentar el aborto que debe ser ante todo imbuidas de una sólida conciencia y justicia social.

(1) Saldías, Elisa y Del Castillo, Eduardo. "Conocimiento, Actitudes y Prácticas de Concepción y Anticoncepción en la Ciudad de La Paz", 1981.

(2) Aller Atucha, Luis María. "Sexualidad Humana, 1988, Lima, Perú, pág. 176.

(3) Opus cit. pág. 179.

MUJER

Aida Carvajal de Bustillo

*Porque tu cuerpo
es tu cuerpo
y tus entrañas fecundas
son base del Universo
no malgastes la semilla
que flor y fruto
algún día
adornarán con ternura
los segundos, los minutos,
las horas y los años
de tu dulce primavera,
de tu verano
y de tu otoño sereno.*

*Hijo bienvenido
a mis brazos
yo cuidaré tus sueños,
te daré tu alimento
abrigaré tu cuerpo.
Tu jamás serás
motivo de mis penas,
sino mas bien
aliento y esperanza,
pasión y fuerza,
mi paz y mi sosiego
para una nueva vida.*

SALUD REPRODUCTIVA EN LATINOAMERICA

Dr. Daniel Gutiérrez Trucios
Consultor OPS/OMS

La situación de la mujer latinoamericana es el resultado de una postergación histórica en aspectos sociales, culturales, políticos y económicos.

A pesar de que la mujer es el pilar fundamental de la familia y de la sociedad, la alta tasa de mortalidad materna existente en la región, quizás sea el mejor reflejo del poco valor que nuestras sociedades han brindado a la mujer.

Aproximadamente mueren 40.000 madres por año en Latinoamérica, lo cual proyectado al año 2000, significa que una ciudad como La Paz, llena de mujeres gestantes, desaparecerá en dicho período.

Mientras que la mortalidad materna en Bolivia asciende a 480/100.000 nacidos vivos, en Europa como promedio sólo llega a 6/100.000 nacidos vivos. Creo que esta comparación nos permite representar la grave situación de la mujer latinoamericana.

Características de la Mortalidad Materna en Latinoamérica.

1. Entre el 90 y 95% de las muertes maternas se puede evitar mediante el uso de tecnología sencilla.
2. La mortalidad materna es mayor en estratos socio-económicos bajos, en zonas rurales y en poblaciones con poco acceso a los servicios de salud.

Si se mantienen las tasas de mortalidad y fecundidad actuales, se calcula que aproximadamente se producirán 1.000.000 de muertes maternas entre 1980 y el año 2000. En cambio, si la tasa de mortalidad materna fuera como la que se registra en Chile, Cuba o Costa Rica, sólo se producirían 60.000 muertes maternas.

¿Qué hacer entonces?

Si bien es cierto que el problema es complejo y multisectorial, creemos que el sector salud puede y debe adoptar medidas de inmediato para corregir y disminuir el problema en la región.

Atención Primaria de la Salud.

La atención primaria de salud es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, en forma que resulta aceptable y proporcionada a sus recursos y con su plena participación. Ese concepto ha evolucionado con los años, en parte gracias a la experiencia, positiva y negativa, acumulada en varios países en materia de servicios básicos de salud. Pero la atención primaria de salud es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; abarca factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud.

Su forma viene determinada por los objetivos sociales, tales como el mejoramiento de la calidad de vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos; y esos objetivos se alcanzan con la aplicación de medios sociales, como la aceptación de una mayor responsabilidad en materia de salud por parte de las comunidades y los individuos y su activa participación en el esfuerzo por alcanzarlos. Cuanto mejor sea el estado de salud de la población, más probable será que esa población contribuya al desarrollo social y económico, desarrollo que, a su vez, facilita los nuevos recursos y la energía social que favorecen el desarrollo de la salud. En consecuencia, la atención primaria de salud y los esfuerzos de la comunidad con miras a su desarrollo social y económico tendrán en general mayores probabilidades de ser eficaces cuando se apoyen mutuamente.

Así como para que el sector de la salud llegue a su mayor eficacia ha de funcionar en armonía con los demás sectores sociales y económicos, es también necesario que en el interior del sector de la salud se combine armónicamente el apoyo que, de todos los demás niveles, debe recibir la atención primaria de salud.

Ha llegado el momento de que todos los niveles del sistema de salud revisen con espíritu crítico sus métodos, técnicas, equipos y medicamentos, con el propósito de utilizar únicamente las tecnologías de valor probado y de costo proporcionado a los recursos disponibles. Para la atención primaria de salud esto es vital, porque hasta ahora ha habido tendencia a concentrar los recursos en beneficio de tecnologías más apropiadas para su empleo en el hospital que en los servicios de primera línea. El alcance y el objetivo de la atención primaria de salud, así como la preparación técnica de los que la dispensan, hacen que sea más importante que nunca disponer de una tecnología apropiada.

La atención primaria de salud está a cargo de agentes sanitarios de la comunidad. Los conocimientos que este personal debe tener y, en consecuencia, su preparación variarán mucho de unos a otros lugares del mundo, de conformidad con el tipo

de atención primaria de salud que se haya de dispensar. Cualquiera sea su nivel de preparación, es importante que ese personal comprenda las verdaderas necesidades sanitarias de las comunidades a las que preste servicio y que se gane la confianza de la población. Para ello, será indispensable que resida en la comunidad a la que deba atender y, en muchas sociedades, que sea elegido por la misma comunidad.

Apoyo por parte del Sistema de Salud.

Se necesita el apoyo de otros sectores del sistema de salud para que la población pueda beneficiarse de los conocimientos técnicos, útiles y eficaces que por la complejidad o el elevado costo de su aplicación no podrían aprovecharse normalmente por medio de la atención primaria de salud. Esos factores constituyen una importante fuente de información útil en materia de salud. Además, los agentes sanitarios de la comunidad deben poder recurrir a otras personas más capacitadas para recibir de ellas orientación y adiestramiento, y los servicios de atención primaria de salud necesitan contar con apoyo logístico y financiero.

La aceptación de la atención primaria de salud hace necesaria la organización del resto del sistema de salud para que éste pueda prestarle apoyo y contribuir a su desarrollo ulterior. Esto supone que el sistema de salud, en su totalidad, ha de aceptar el objetivo social de poner al alcance de todos la asistencia sanitaria indispensable. La consecuencia de esta aceptación para la política sanitaria es la asignación preferente de los recursos a las poblaciones de la periferia social con el fin de satisfacer sobre todo y ante todo sus necesidades esenciales en materia de atención de salud, porque la experiencia ha demostrado que la mejora general de la situación sanitaria de un país depende las mejoras conseguidas en el estado de salud de esos sectores de su población. Fortalecidas con nuevos recursos, las comunidades estarán en mejor situación para poder aceptar mayores responsabilidades en cuanto a su propia salud y para ejercer esas responsabilidades por medio de la atención primaria de salud. Las necesidades más especializadas de esa atención influirán en el tipo de servicio que se habrá de facilitar en los niveles más centrales del sistema de salud. Todo ello debe redundar en el establecimiento de vínculos más estrechos entre las instituciones de salud que ocupan una posición más central y las comunidades a las que han de atender. (Ver Anexo 1).

Coordinación con otros Sectores

El sector sanitario, por si solo, no puede alcanzar la salud. En los países en desarrollo, en particular, el progreso económico, las medidas de lucha contra la miseria, la producción de alimentos, el agua, el saneamiento, la vivienda, la protección del medio y la educación contribuyen a la salud y tienen el mismo objetivo de desa-

rrollo humano. La atención primaria de salud, como parte del sistema de salud y del desarrollo social y económico en general, debe apoyarse necesariamente en la debida coordinación, en todos los niveles, entre el sector sanitario y todos los demás sectores interesados.

ENFOQUE DE RIESGO Y SALUD REPRODUCTIVO

Enfoque del Riesgo:

El enfoque de riesgo es un método de trabajo en la atención de la salud de las personas, las familias y las comunidades, basado en el Concepto de Riesgo.

Riesgo se define, como la probabilidad que tiene un individuo o un grupo de individuos de sufrir en el futuro daño en su salud.

Este enfoque, está basado en que no todas las personas tienen la misma probabilidad o riesgo de enfermar o morir; sino que para algunas, esta probabilidad es mayor que para otras.

Se establece así una gradiente de necesidades de cuidado que van desde un mínimo para los individuos con bajo riesgo o baja probabilidad de presentar daño, hasta un máximo, necesario para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro alteraciones en su salud.

Esto supone un cuidado no igualitario de la salud y requiere que los recursos sean distribuidos y usados con mayor efectividad, de acuerdo a las necesidades de individuos o grupos y en función del principio de justicia distributiva, que exige dar más a aquellos que tienen mayor necesidad.

Desde hace muchos años, se ha venido aplicando el concepto de riesgo en el cuidado de la salud. Algunos ejemplos de este hecho son los siguientes:

- Programa de Vacunación: Vacunamos a una persona con la finalidad de prevenir una enfermedad que ella tiene el RIESGO de contraer.
- Detección Precoz del Cáncer: Tomamos un Papanicolaou, con la finalidad de diagnosticar y tratar precozmente el cáncer uterino, toda mujer que tiene RIESGO de sufrir esta enfermedad.

Ejemplos como éstos hay muchos y siempre se ha aplicado la epidemiología a la planificación de la salud. Sin embargo, últimamente, han aparecido novedosos aportes en la conceptualización del enfoque de riesgo. Algunos de ellos son:

- La aplicación de técnicas para medir los riesgos, tanto en individuos como en comunidades, y la elaboración de métodos o instrumentos de discriminación, que

permitan reconocer los individuos o grupos hacia los que es preciso dirigir esfuerzos especiales de prevención.

- Ampliación de la utilización del enfoque de riesgo usándolo no sólo en individuos sino en familias y comunidades, lo que ha permitido orientar políticas, redistribuir recursos y reorganizar sistemas de salud de acuerdo a necesidades de la población.
- Aplicación del enfoque de riesgo en la reproducción humana. Siendo la etapa de la reproducción decisiva en la salud materno-infantil, era lógico que se utilizara el enfoque de riesgo para ayudar a disminuir la morbimortalidad de esta población, considerada prioritaria en Latinoamérica. Surge así el concepto de RIESGO REPRODUCTIVO.

Antes de desarrollar este tema, sería conveniente formular algunas definiciones:

SALUD REPRODUCTIVA

Es la capacidad de procrear niños física, mental y socialmente sanos, quienes a su vez tendrán capacidad de procrear con las mismas características, con el menor riesgo posible para la madre.

RIESGO REPRODUCTIVO

Es la probabilidad que tienen las parejas o grupos humanos de sufrir en el futuro un daño en su salud reproductiva, sea éste para la madre, el feto o el recién nacido.

DAÑO

Es el resultado temporal o definitivo no deseado, que afecta la salud reproductiva.

El concepto SALUD REPRODUCTIVA fue formulado desde la historia antigua de la humanidad y se puede resumir en la frase: "PADRES SALUDABLES - HIJOS SALUDABLES". A pesar que ha habido consenso en este concepto, no lo ha habido en las acciones que se deben realizar para obtener hijos saludables.

En un inicio y por muchos siglos, la mujer embarazada recibió atención sólo

en el momento del parto con la creencia que esto era suficiente para obtener hijos saludables.

Tardó mucho tiempo para que esta concepción se modificara y es recién a fines del siglo XIX, que muchos médicos señalaron la importancia del cuidado prenatal.

Con los cuidados brindados en el período prenatal y durante el parto se disminuyó gradualmente la morbimortalidad materno-infantil, pero los resultados no fueron óptimos.

Ultimamente, se ha señalado que el cuidado debe empezar antes de que la mujer quede embarazada, si es que queremos realmente hacer una labor PREVENTIVA (Ver cuadro No. 2). Por ejemplo, si captamos a una gestante en el primer mes de embarazo, con anemia y tuberculosis, podríamos decir que estamos ante una gestante de ALTO RIESGO OBSTETRICO.

Podríamos actuar de inmediato y limitar el daño, pero no prevenirlo. Sin embargo, si la hubiésemos captado antes del embarazo, podríamos haberle curado la anemia y la tuberculosis y luego ella hubiera gestado con un BAJO RIESGO OBSTETRICO. Esta es la importancia de actuar en la etapa preconcepcional, además de actuar en el prenatal, parto y puerperio.

Se plantea así una atención integral de salud a la mujer (gestante o no gestante) que incluya, entre las prioridades, las siguientes:

- Control pre-natal, parto y puerperio, prevención, detección y tratamiento del cáncer cervico-uterino, prevención de enfermedades transmitidas sexualmente, SIDA Planificación Familiar, etc.

La Salud Reproductiva no sólo se refiere a la salud de la madre, sino también a la salud, sin embargo el concepto de Riesgo Reproductivo no es muy conocido y por lo tanto se lo usa en forma limitada. Es por ésto, que es conveniente precisar algunas diferencias entre estos conceptos.

RIESGO OBSTETRICO

- Aplicable solamente a mujeres embarazadas para el pronóstico perinatal.
- Permite orientar la atención médica a los grupos de embarazadas con mayor peligro de morbimortalidad perinatal.

- Potencialmente disminuye pero no evita la morbilidad perinatal.
- Tiene básicamente utilidad clínica.

RIESGO REPRODUCTIVO

- Aplicable a todas las mujeres en edad fértil.
- Permite prevenir el Embarazo de Alto Riesgo.
- Potencialmente evita la morbilidad materna y perinatal.
- Identifica patología general para seguimiento individualizado y de grupos de población.
- Clara utilidad epidemiológica al situarse en el concepto de prevención y limitación del daño.

RIESGO REPRODUCTIVO

El objetivo del concepto de Riesgo Reproductivo es clasificar a las mujeres en edad fértil y no gestantes, de acuerdo al riesgo que un embarazo produciría en la salud de ellas y/o de sus hijos.

Se sabe que las mujeres que tienen Alto Riesgo Reproductivo, en caso de gestar, presentarán un ALTO RIESGO OBSTETRICO y son ellas las que tienen mayor probabilidad de sufrir daño en su salud reproductiva. Por lo tanto, es necesario que este grupo sea atendido en los Hospitales de Apoyo y por Médicos Gineco-Obstetras.

De esta forma, aquellas mujeres con bajo riesgo reproductivo recibirán adecuada atención en los niveles de baja complejidad y aquellas con alto riesgo reproductivo en los niveles de alta complejidad.

Es importante recalcar que el RIESGO se refiere a una probabilidad y cuando se dice, por ejemplo, que una mujer no gestante de 35 años tiene alto riesgo reproductivo por presentar anemia, multiparidad, historia obstétrica de abortos o cesáreas, etc., se está diciendo simplemente que en el caso de salir embarazada ella tendrá una PROBABILIDAD más alta que otras mujeres a sufrir daño, sea para ella misma, para el feto o para el recién nacido.

No se tiene la certeza que ello ocurrirá, sino que la probabilidad de que aparezca algún daño o problema de salud es más alto para ella, de lo que sería para otra mujer que no presentara estas características.

CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN LATINOAMERICA

Las causas de mortalidad materna las podremos clasificar en tres grupos:

a) DEFUNCIONES OBSTETRICAS DIRECTAS

Aquellas resultantes de complicaciones del embarazo y parto.

Las principales causas de defunciones obstétricas directas son:

- Hemorragia (gran cantidad de múltiparas con anemia y ausencia de bancos de sangre).
- Infección (Rotura prematura de membrana y retención de fragmentos de placenta).
- Enfermedad Hipertensiva del Embarazo.
- Parto obstruído (Antecedentes de partos múltiples, baja estatura, comienzo de parto en posición inusual).
- Aborto inducido.

Aproximadamente de entre el 50 y 98% del total de muertes maternas se deben a estas 5 causas.

b) DEFUNCIONES OBSTETRICAS INDIRECTAS

Producidas por enfermedades que agravan el embarazo o parto.

Entre estas causas, las más importantes son: hepatitis, malaria, tuberculosis, anemias, desnutrición, etc.

c) DEFUNCIONES SIN RELACION CON LA OBSTETRICIA

Accidentes, trabajo físico excesivo durante la gestación e intervalo intergenésico corto (Síndrome de agotamiento materno), etc.

Entre las causas de mortalidad materna, el aborto inducido o ilegal merece mención especial.

El ABORTO está en aumento en Latinoamérica a pesar de las restricciones sociales, legales y religiosas.

Se calcula que en México se producen aproximadamente 800.000 abortos provocados cada año y en Colombia 280.000.

En Argentina, uno de cada cuatro embarazos termina en aborto (25%).

En Latinoamérica se producen alrededor de 5.000.000 de abortos anuales, lo que significa una proporción aproximada de 500 abortos por cada 1.000 nacidos vivos.

Según estudios efectuados en Chile y Colombia, aproximadamente uno de cada 3 abortos provocados tiene complicación, muchos de los cuales llevan a la muerte de la mujer que se somete al procedimiento.

Entre las principales complicaciones están la infección, la hemorragia y el trauma (perforaciones al útero, vejiga o intestino).

Cuando los abortos son practicados por empíricos, se calcula que aproximadamente ocasional 1.000 muertes por cada 100.000 procedimientos.

El aborto provocado puede ser responsable de hasta la mitad de muertes maternas. En el Perú, por ejemplo, constituye la 2a. causa de muerte materna intrahospitalaria.

La planificación familiar, entendida como la decisión consciente y voluntaria de las parejas encaminadas a regular el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos, se constituye en una de las armas principales para prevenir los embarazos no deseados y por consiguiente del aborto provocado ilegal. En estudios efectuados en Chile, se demostró que el aborto ilegal disminuyó con el aumento de calidad y cobertura de los servicios de planificación familiar.

En este sentido, la planificación familiar es un instrumento más para mejorar la salud de las mujeres, de las familias y de las comunidades.

La OPS/OMS apoya la integración de los servicios de planificación familiar en los de salud materno-infantil con la finalidad de brindar una atención de salud más integral a la mujer.

La planificación familiar debe de estar al alcance de toda la población y no ser exclusiva de sectores privilegiados.

El panorama de Salud de la Mujer Gestante o no Gestante en Latinoamérica es desolador. Sin embargo, ofrece motivos de optimismo pues las causas de mortalidad materna se concentran en unas pocas lo que permite planear estrategias en común. Si bien es cierto que la pobreza y la injusticia social en que vive granparte de nuestra población quizás sea el principal factor de la alta tasa de mortalidad materna, el sector salud puede y debe de contribuir en forma decisiva en mejorar esta situación.

Es urgente que nuestras sociedades comprendan que la salud es tarea de todos y exclusiva de los Ministerios de Salud.

Sólo con una activa participación social que incluya a la comunidad organizada, las sociedades científicas, colegios de profesionales, universidades, etc., podremos salir adelante.

La coordinación será fundamental, no sólo dentro del sector salud, sino también con otros sectores como agricultura, educación, economía, etc. Mediante la coordinación se podrá lograr la concertación de esfuerzos y la concentración de recursos en áreas prioritarias para mejorar las condiciones de salud de la mujer latinoamericana.

La participación activa de la mujer en el sector salud así como en todos los aspectos del desarrollo también será fundamental.

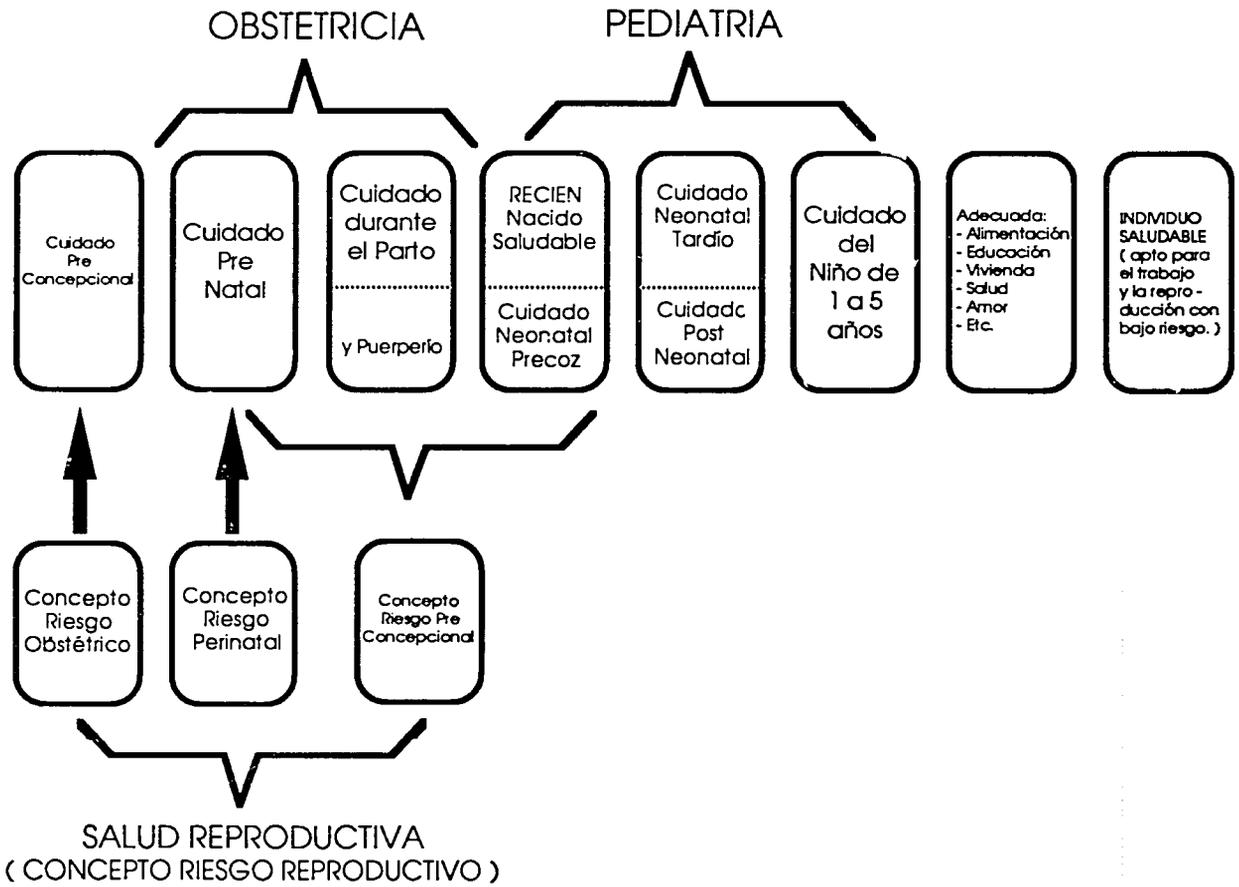
La atención de salud de la mujer es un elemento esencial e integrante de los programas de atención primaria de la salud orientada hacia la meta de Salud para Todos en el Año 2.000. Salvar vidas de mujeres, es un objetivo práctico, además de humanitario. La contribución y la productividad de la mujer se hacen patentes no sólo en los hijos que cría, sino en los alimentos que cultiva, cosecha y cocina, en la diversidad de artículos que produce y comercializa, en la educación y el cuidado de sus hijos, y en el gran número de tareas que desempeña cotidianamente en bien de su familia y su comunidad. La muerte de una madre, no sólo significa la pérdida de una mujer en la flor de su vida, sino también la pérdida de su productividad económica, en la mayoría de los casos la muerte del bebé y a veces la desintegración de la familia.

NIVELES DE ATENCION Y COMPLEJIDAD - BOLIVIA

	I					II	III
	COMUNIDAD	PUESTO SANITARIO	CENTRO DE SALUD	CENTRO DE SALUD DE DISTRITO	HOSPITAL DISTRITAL	HOSPITAL REGIONAL	HOSPITAL ESPECIALIZADO
RR.HH.	RPS	AUXILIAR DE ENFERMERIA	MEDICO	EQUIPO DE SALUD	EQUIPO DE SALUD		
RIESGO	BAJO	BAJO	MEDIANO	MEDIANO	ALTO	ALTO	ALTO
ADMINISTRACION	SECTOR		AREA	DISTRITO		UNIDAD SANITARIA (M.P.S.S.P.)	
PARTICIPACION COMUNITARIA	COMITE POPULAR DE SALUD		COMITE POPULAR DE SALUD DE AREA	COMITE DISTRITAL POPULAR DE SALUD		COM. DEPTAL. POPULAR DE SALUD	CONCEJO NAL. POPULAR DE SALUD

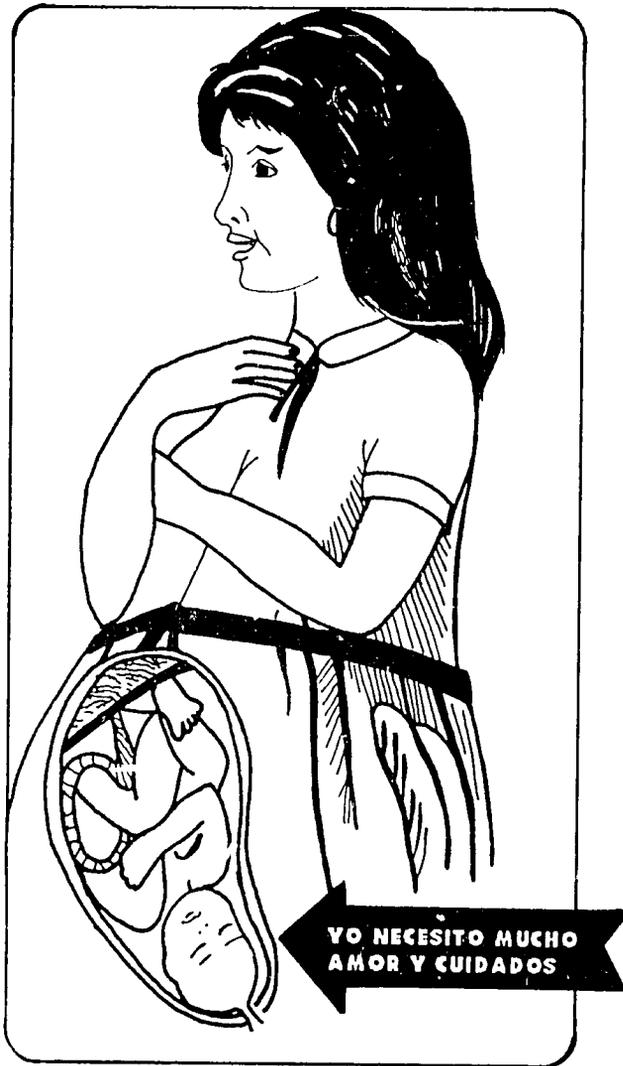
ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

OBJETIVOS: EQUIDAD - COBERTURA UNIVERSAL - EFICIENCIA - PARTICIPACION SOCIAL

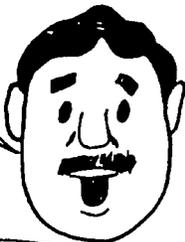


**EL EMBARAZO NO ES
UNA ENFERMEDAD...PERO**

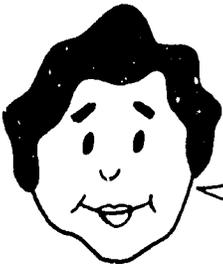
¡PUEDE COMPLICARSE!



2)



En algunas mujeres,
el embarazo se complica,
con más facilidad que en otras.



Sí, porque hay madres que
tienen factores negativos que
ponen en riesgo su salud
y la del niño que va a nacer.

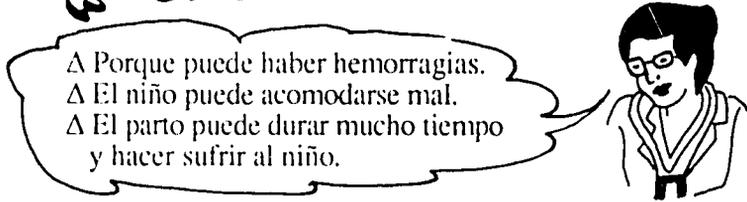
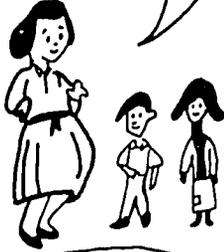


¿Cuáles son esos factores
negativos?

FACTORES NEGATIVOS = RIESGO

RIESGO = PELIGRO

3)



4)

También están en riesgo las mujeres que se embarazan muy jóvenes o cuando tienen muchos años de edad.



Sí, como mi mamá y yo; ella tiene 36 y yo, 16



Tanto Doña María como Elena están en riesgo.

Elena por ser muy joven y porque es su primer embarazo.

Doña María porque ya tiene 36 años y tres partos anteriores



No ir a control Prenatal

= **RIESGO**

5)

Haber dado a luz a un niño muerto,
es otro factor negativo

Porque en un próximo
embarazo puede repetirse
la causa que provoca la
muerte del niño dentro
la matriz.



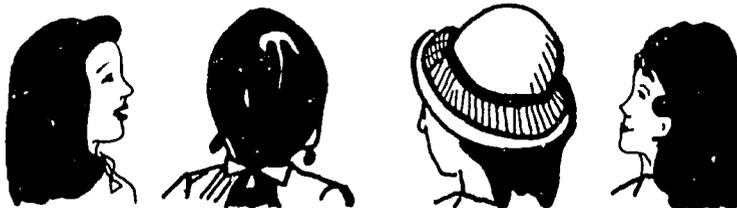
También en este caso el control prenatal es
¡Muy importante!

AVISO A LA COMUNIDAD

Estos son los factores de riesgo más peligrosos:

- . Embarazos en edades extremas
- . Muchos partos y muy seguidos
- . Partos con niño muerto
- . Abortos (Mal partos)
- . El primer embarazo

Por tanto, el Comité Popular de Salud
recomienda a todas las futuras mamás...
¡ASISTIR AL CONTROL PRENATAL!



6)

HAY MAYOR PELIGRO CUANDO LOS FACTORES DE RIESGO SON DOS O MAS

. Elena está en riesgo porque:

- ES MUY JOVEN
- ES SU PRIMER EMBARAZO

2 Factores de riesgo

. Su mamá, María, está en más peligro porque:

- HA TENIDO MUCHOS PARTOS
- TIENE 36 AÑOS
- HA TENIDO UN PARTO CON NIÑO MUERTO

3 Factores de riesgo

Ambas tienen que hacer control prenatal.

Si Ud. tiene alguno de los factores de riesgo que aparecen abajo, marque con una X el cuadro. Así, sabrá si tiene riesgo para el embarazo, aunque ahora no esté embarazada.



- . Ha tenido tres o más partos?
- . Tiene menos de 18 años de edad?
- . Es mayor de 35 años?
- . Alguno de sus niños ha nacido muerto?
- . Está embarazada por primera vez?
- . Ha tenido algún aborto (mal parto)?
- . Está embarazada y es soltera?
- . Alguno de sus hijos ha nacido por cesárea?

Cuántos factores de riesgo tiene Ud.?
Anote el número en este casillero

<input type="checkbox"/>

MPSSP
Dir. Mat. Inf.

ECRAM
Bolivia

ABORTO

La situación de la mujer y de la familia en general es particularmente compleja en Bolivia. La crisis económica que afecta a la nación con especial intensidad desde 1980, ha determinado que la tasa femenina de participación laboral se incrementa, en especial con la inserción de numerosas mujeres madres en la economía informal .

Pero aún así, como muchas familias no tienen ingresos suficientes, los niños deben ayudar a complementarlas.

La unión consensual es frecuente, y también las familias con jefatura femenina por ausencia temporal o definitiva del padre. El aborto en el control de la natalidad se deja sentir.

La tasa de mortalidad materna es de aproximadamente 48 defunciones por 10 mil nacidos vivos, lo que significa que el año pasado han debido morir por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, 1.530 madres, que han comprometido, directa o indirectamente a 50.000 personas, en especial familiares. De esas 1.530 mujeres maternas, aproximadamente el 30%, es decir 459 defunciones, es posible que se deban al aborto inducido.

En Bolivia, donde el aborto es técnicamente ilegal o tiene muchas restricciones, las leyes no son tan estrictas en la práctica en razón a la clandestinidad del aborto, al hecho de que legalmente tanto la mujer como el operador son culpables, y porque parece que la legislación adolecería de mecanismos que la hagan más eficaz.

El aborto es un problema no solo de salud, sino también social, económico y hasta político.

La dirección Materno Infantil de nuestro Ministerio ha estimado que en 1989 se producirán alrededor de 40 mil abortos de los que un 20 a 50 por ciento es posible que sean inducidos. Esos abortos de los que solo un 30 por ciento llega a los Hospitales como aborto incompleto, provocarán la muerte, por hemorragia o por infección, de 232 madres, de las que 220 morirán en su casa, sin auxilio médico.

Las investigaciones realizadas entre 1970 y 1988 por diferentes autores revelan que su número se ha incrementado. En 1970, uno de esos estudios reveló que el 21 % de las mujeres entrevistadas había recurrido alguna vez al aborto.

En 1982 se descubrió con otra encuesta que la cifra era de 42 %. En 1988, con motivo de actividades de lucha contra el cáncer genital en Cobija, Challapata, Oruro y Trinidad, la cifra promedio llegó a 548.

En 1977, el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública estimó que el tratamiento de las complicaciones derivadas de abortos ilegales, representaban más del 60 por ciento de los gastos en atención ginecológica.

Entre 1975 y 1979, de 5.130 pacientes que se internaron en el Servicio de Ginecología del Hospital de Clínicas de La Paz. 2.350, es decir el 45.8 % ingresaron con diagnóstico de aborto incompleto.

De esa cifra inicial de 470 pacientes año internadas por aborto incompleto, la cifra ascendió a 551 entre 1983 y 1984.

En 1970, se internaron por aborto incompleto en establecimientos hospitalarios del Ministerio 2.226 pacientes, En 1978 la cifra ascendió a 4.574 y en 1982 a 5.280.

La situación del aborto en algunos lugares del país es particularmente delicada. Hacemos ésta afirmación basándonos en la revisión de estadísticas que ha hecho la Dirección Nal. Materno Infantil, tanto de datos propios como de los que han publicado agrupaciones científicas y privadas.

Merecen nuestra especial preocupación, Oruro Cochabamba, Sucre y también Trinidad. En esas ciudades la tasa de abortos ha superado la cantidad de 20 por cada 1.000 mujeres en edad fértil, cifra que es considerada crítica.

Con todo éste panorama estadístico, es posible percibir el drama social que acompaña a una muerte materna.

La madre es el eje del hogar. Por lo general, ella decide los aspectos educativos de los hijos, así cómo y cuándo alimentarlos. En salud, ella sabe cuando consultar o cómo tratar determinadas enfermedades.

Cuando una madre fallece, quedan en la orfandad entre 2 y 3 niños , y se compromete el futuro de la familia. Por todo esto no queda duda que tenemos que hacer algo. En este momento el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública tiene un programa de lucha contra el Aborto inducido. Funciona desde hace 1 año en dos establecimientos: en el Hospital Obrero de la Caja Nacional de Salud, en La Paz y

en el Hospital San Juan de Dios, de Oruro.

En La Paz se han beneficiado del programa aproximadamente mujeres, que representan el de las que se internaron por aborto incompleto en 1988.

En Oruro, han sido incorporadas al programa 24 mujeres, de las 150 que se internaron por aborto incompleto al año pasado.

El programa consiste en ofrecer métodos anticonceptivos a las pacientes que llegan con aborto incompleto a esos dos hospitales .

Los métodos que se ofrecen son : dispositivos intrauterinos y píldoras.

El objetivo del programa es PREVENIR LA REINCIDENCIA DEL ABORTO; pues partimos del principio de que, en la mayoría de los casos, la causa que ha motivado el aborto y su correspondiente internación, persiste, La mujer, al no estar protegida, puede embarazarse nuevamente y reincidir en el aborto. Es esta segunda etapa, este segundo aborto y los sucesivos que el programa quiere prevenir.

Como no todas las pacientes que se internan han recurrido al aborto inducido, son estas pacientes las que no se acogen al programa, por cuanto hay una libre decisión de aceptar o rechazar los métodos que se ofrecen.

Sumando datos de los dos hospitales, una de cada cuatro pacientes internadas por aborto incompleto está usando actualmente un método anticonceptivo.

La Paz Marzo 14 . 1989.

El que compromete las más profundas raíces afectivas,
LMás los valores de lo humano y los factores sociales, prado
AInmaculado para unos y para otros prácticas delictivas,
BNo seamos elitistas y nos prestamos a manipulaciones,
OAprendamos a no perdernos en lo material y no acusemos
RResueltos sólo a la mujer, a la pareja, sin pasiones
TImitemos a Jesús en su amor y siempre perdonemos
OOh errar no es humano?, por la violencia de la sociedad
ATan regresivos los valores morales y la pobreza
BAlcanzada por nosotros y la ignorancia no tiene piedad
OLa que conspira contra nuestro pueblo, y más aún su grandeza
RLa evolución científica y social nos trajo la heredad
TEste problema latente en el santuario de la nobleza
OResuene en nuestras conciencias llantos lastimeros de vitalidad,
BLos métodos anticonceptivos deben ser accesibles,
OUniversalmente y no sólo productos de la sociedad
RConsumista, y que enriquezcan a transnacionales y posibles
THumillaciones a nuestra autodeterminación de cantidad
OAnte la política expansionista de vecinos que recorto
RCon las desmembraciones físicas de la territorialidad,
TOcasionadas por la diplomacia y la guerra; el aborto
ONaturalmente se suma al control de la natalidad,
RTan artera y cruda realidad que obnubila, exhorto
TReivindicamos como médicos, ciudadanos y hombres
OA dar información a las grandes mayorías nacionales,
EEduquemos con amor y verdad a todos los prohombres,
LLabremos todos en una misma dirección racionales,
AAbsoluta dignidad para la mujer en las cumbres,
BBolivia de pie elija un mejor destino para hijos leales
OOfreciendo el corazón en cada acción de existencia
RRechacemos prerrogativas de beneficio que anulen
TTotalmente a niños productos del amor y la clemencia
OOs juzguen: entrañas maternas, su conciencia y no adulen.

Dr. Edgar G. Echenique Miranda
 La Paz, 1989

**CONCEPTOS FORMULADOS SOBRE EL TEMA DEL
ABORTO POR DIFERENTES PERSONALIDADES
FEMENINAS QUE ASISTIERON AL TALLER
LATINOAMERICANO SOBRE PARTICIPACION DE LA
MUJER EN EL DESARROLLO COMUNITARIO
ACAPULCO-MEJICO. 5-6-89**

FRANCISCA DAS CHAGAS SOUSA
BEMFAM
COORDINADORA - PIAVI
RUA FELIX PACHECO 1636
64010 TERESINA - PIAVI
BRASIL

Sou favorao el ponto de vista sude pública e nao como práctica de anticoncepcon.

Estoy a favor desde el punto de vista de saklud pública pero no como práctica de anti-concepción.

EUDS ANDRADE JARDIM
CENTRO MATERNO INFANTIL/CMI/PF
SUB COORDINADORA
RUA PROF. SOUZA BARROS 140 CEP 04307
BRASIL

Acho que o aborto e um ato praticado por vontade propia da pessoa. Por principio de religion en nao accito, pois creio que seja de qualquer tempo o aborto e um infanticidio.

A mulher e dona de seu corpo mas e dona de una vida que está dentro de sí.

Ainda por principio religioso nao sei da consciencia da mulher que o pratica perante Deus.

Por principio proffisional tambem sou contra o aborto pois aprendí na facultade a atender a mulher no ciclo gravido-puerperal, portanto atender a mulher na gravidez, no parto e post-parto. Nao aprendí em meus estudos a tirar vidas humanas.

Creo que aborto es un acto practicado por voluntad propia de la persona. Yo no acepto, por principio de religión, pues creo que en cualquier tiempo el aborto es un infanticidio.

La mujer es dueña de su cuerpo, pero no es dueña de una vida que está dentro de ella.

Todavía por principio religioso, no tiene conciencia, ante Dios, la mujer que lo practica.

Por principio profesional, también estoy contra el aborto, pues aprendí en la facultad a atender en el ciclo de gestación puerperal, por lo tanto, atender a una mujer en el embarazo, n el parto y post-parto.

ANA DE RADICE
PARAGUAY

Teniendo en cuenta las consecuencias físicas y psíquicas del aborto, mi opinión es que deben realizarse actividades en la prevención de los mismos, ya que la ciencia está avanzada en aspectos de evitar los embarazos no deseados.

EL ABORTO (CONSIDERACIONES)
CUBA, LUISA MARINA ERMEZO RIVERO

Consideramos el aborto como una medida transitoria con vistas a reducir las tasas de mortalidad.

En mi país aunque éste se practica oficialmente, no es utilizado como anticonceptivo, se trata de educar a la población joven para la utilización de medios anticonceptivos como el Asa de Lippes, Condón Diagrama, T de Cobre, pastillas anticonceptivas, y no recurrir al aborto por lo riesgoso que resulta, aún cuando se practique en las mejores condiciones de asepsia.

María Augusta Fernández
ECUADOR

En la República del Ecuador, el aborto está vetado por la Ley. Esta es una manifestación del sentir generalizado de una población tradicional que respeta el derecho a la vida prenatal y que considera que los hijos son "bendición de Dios", reflexión propia de una población eminentemente religiosa. Sin embargo, esto no evidencia la realidad, porque el aborto se presenta en todos los estratos sociales, problema difícil de cuantificar por su índole ilegal. La tasa global de fecundidad en el quinquenio 1970-75 era de 6.05, y ha decrecido constantemente, llegando en 1985-90 a 4.65. Si bien, esta cifra responde a los programas de planificación familiar, un porcentaje se debe a la causa del aborto. En fin, en Ecuador aún no se ha planteado formalmente la discusión sobre la legalización del aborto, pero la inquietud existe desde hace muchos años.

EL ABORTO (Opinión personal)

Sara Cassiano de Molina
Asociación Pro-Bienestar de la Familia
APROFAM
Directora Unidad de Servicios Comunitarios
9a.. Calle 0-57 Zona 1
Guatemala - Guatemala

El aborto es una de las principales causas de mortalidad materna en mi país. Personalmente considero que es una situación a la que las mujeres no deberían llegar y que es absolutamente prevenible mediante una adecuada educación sexual, desde los primeros años de vida y el acceso a la información sobre los métodos anticonceptivos, antes del inicio de la vida sexual activa y la facilidad de adquisición de los mismos, aún en comunidades aisladas de los centros urbanos.

MARIA EUGENIA SOBERANIS ACEVEDO
MEXFAM - TRABAJADORA SOCIAL
COORDINADOR LOCAL
FERNANDO ROSAS ESQ. CON AQUILES SERDAN No. 26
ATOYAC DE ALVAREZ,GRO. 32404, MEXICO

Como portadora del bienestar social, considero que el aborto al final de cuentas es un método demasiado riesgoso en cuanto a salud en general, pero si la prevención de los embarazos no deseados no se suscitara o no se pensaría en el aborto. Por ello es importante concientizar y motivar a padres para que orienten a sus hijos en cuanto a riesgo de salud física y moral.

NELIDA GENISAN DE GUIDOBONO
INSTITUTO DE LA MUJER
DIRECTORA PROYECTO FNUAP
INSTITUTO NACIONAL DE COLONIZACION
JOSE B. LAMAS 2709
MONTEVIDEO, URUGUAY
786-907

Yo creo que el aborto debe ser rápidamente desgeneralizado en toda América Latina, y más aun derogar toda la legislación que penalice a la mujer como única responsable del aborto.

LAURA ALBERTINI
COORDINADORA GRAL. PROYECTO DESARROLLO INTEGRAL SOCIAL
ARTICULADO
PRODISA
NICARAGUA, 1332 Ap. 204
MONTEVIDEO - URUGUAY
TEL. 912504 - 98688 - 916252

La mujer tiene el derecho a elegir, y el aborto es una de las formas de optar cuando otras medidas ya no pueden utilizarse. La legalización del aborto es una medida que

protege a las mujeres más humildes ya que se asegura las condiciones sanitarias que consignent las ventajas con posibilidades económicas.

RITA DE CASSIA COSTA CAMARAO
COORDINADOR TECNICO
PROYECTO UNFPA EN MARANHAO
RUJA DO SOL 311 CENTRO
65000 SAO LUIS MARANHAO
BRASIL
098 - 232 - 1629

A legalizacao do aborto baixará o alto índice de mortalidade apos abortos. Porem, un programa nacional de planejamento familiar, serio levará a un baixo percentual de abortos provocados.

La legalización del aborto bajará el alto índice de mortalidad despues del aborto. Por ello, un programa nacional de planificación familiar serio, llevará a un bajo porcentaje de abortos provocados.

VERA LUCIA LEMOS SOARES
CONSEJO NACIONAL DE LA MUJER - ASESORA
R. FERNAO DIAS 1238 APTO. 92-A
SAN PAULO - BRASIL

ABORTO: Sou contra o aborto; mas a favor de legalizacao do aborto, como a último recurso a uma gravidez indesejada. E un direito de todas as mulheres interromper una gravidez indesejada. A decisao e controle do corpo da mulher deve ser da propria mulher.

Es soy contra el aborto, pero a favor de la legalización, como último recurso de un embarazo no deseado. Es un derecho de todas las mujeres interrumpir un embarazo no deseado. La decisión en el control del cuerpo de la mujer, debe ser de la propia mujer.

Dra. Stella Cerruti Basso
PROGRAMA DOCENTE EN LA COMUNIDAD
FACULTAD DE MEDICINA
MONTEVIDEO - URUGUAY
Domicilio: Paraguay - 1478
2do. Piso
Teléfono: 91-73-38/Montevideo

ABORTOS

La práctica del aborto se conoce hace milenios, en antiguos tratados de Medicinas, se describen técnicas abortivas.

Las primeras leyes anti-abortos, aparecen en Francia e Inglaterra en la primera década del 1800. Estas leyes se basaron en muy diversos argumentos, y en primer lugar iban dirigidas a proteger la salud de la madre ante el uso de venenos o sustancias utilizadas como abortivas. También en oportunidades atienden a necesidades de los gobiernos de aumentar la población, razones éticas o al monopolio de las ciencias de la salud que los médicos lograron en ese siglo, desplazando a las comadronas, que sí lo practicaban. Incluso la Iglesia Católica tuvo diversas políticas con respecto al aborto; fue remitido hasta el siglo XII, y desde fines de 1500 a mediados de 1800.

Actualmente, más de 70 países en el mundo lo ha legalizado, exponiendo razones que van desde el derecho de la mujer a decidir sobre su cuerpo y fertilidad, hasta razones de salud de la madre y el niño.

Múltiples investigaciones han demostrado fehacientemente, el mayor riesgo con que enfrenta la vida el niño no deseado, sobre todo que por lo general estos embarazos ocurren en mujeres adolescentes, de bajas condiciones socio-económicas. Sería interesante que quienes se oponen al aborto ilegal "derecho a la vida" expliquen cuál es su concepto de vida y de salud.

Se calculó que en el mundo se realizan anualmente alrededor de 50 millones de abortos y más de la mitad son ilegales y ocurren en los países en desarrollo. El aborto ilegal es una maniobra de gran riesgo, más por las condiciones en que se realiza que por la operación en sí misma. Fruto de estas condiciones de falta de espacio, motivos de lucro, personal no calificado y utilización de métodos técnicos inadecuados, es la muerte de 100 mujeres cada 100.000 abortos, contra 1.4 de mortalidad en el caso de estas legales políticas de salud que han merecido los estudios que lo desparalizaron, están basados en que una mujer portadora de un embarazo no deseado se encuentra en

riesgo de vida con la alta posibilidad que se lo practique clandestinamente. El médico está obligado a proporcionarle atención o incurriría en omisión de asistencia. Resulta insostenible que criterios éticos rígidos, no compartidos por toda la población, impidan a amplios sectores acceder a un recurso de salud. El aborto clandestino, es además generador de profundas desigualdades sociales, y que son los sectores más humildes los más castigados por sus consecuencias.

Finalmente, el tema del aborto debe inscribirse en el marco más amplio de la educación sexual, que plantee a la sexualidad como enriquecedora del ser humano en su marco de igualdad de derechos y deberes entre los sexos y que brinde los conocimientos y recursos necesarios para que la gestación haya sido una decisión consciente y responsablemente asumida por ambos integrantes de la pareja.

MARVA J. FERGUSON
BUREAU OF WOMAN AFFAIRS
MINISTRY OF LABOUR WELFARE & SPORTS
PROJECT OFFICER
18 RIPOIV RD.
KINGSTON 5 - JAMAICA

We are unique in their capacity to bear children and are sometimes powerless in controlling the frequency of conception of requencey with detrimental effects on themselves and family.

Abortion should be on of the legal process available or there should be freedom of any woman tabing this action without feeling of guilt.

Because of the illegality too o ten many women are tabing the "back door way is use of dirty implement or the doctor".

The results are high death rate among women who pursue this method.

La mujer es única en su capacidad de tener hijos y, en algunas oportunidades, es incapáz de poder controlar la frecuencia de sus embarazos con efectos perjudiciales para ella misma y para su familia.

El aborto debe ser uno de los procesos legales ofrecidos o debe existir libertad para que cualquier mujer decida tomar determinación, sin sentimientos de culpa.

Debido a la ilegalidad, frecuentemente, muchas mujeres lo realizan en la clandestinidad con instrumentos sucios y con la participación de médicos sin experiencia.

Los resultados , entre mujeres que proceden de esta manera, se convierten en tasas de mortalidad altas.

KIYOKO IKEGAMI
C - 520 30-1 HISAMOTO
TAKATSU, KAWASARI
JAPAN 213
044 - 822 - 1179

As Personal opinion, abortion should be thouth in the context of reproductive health and reproductive right of women.

First at all, information and services of contraceptives should (sexuality and family planning) be given to women in order to avoid abortion. Once women decide not to have a baby, abortion can be assumed in sanitary medical conditions, in the level of reproductive right.

En mi opinión personal, el aborto debería ser pensado en el contexto del derecho de la reproducción y salud reproductiva de la mujer.

Sobre todo, la información y los servicios anticonceptivos (sexuales y para planificación familiar) deben ser ofrecidos a las mujeres para poder evitar el aborto.

Sí una mujer decide no tener un bebé, el aborto debería ser realizado en óptimas condiciones médicas, a la altura de los derechos de reproducción.
