

ESTUDIO DE LEGISLACION BOLIVIANA SOBRE MATERNIDAD SEGURA Y EMERGENCIAS OBSTETRICAS

**Jorge Antonio Loayza Molina
Jorge Ramiro Tejada Guzman**

INTRODUCCION

El trabajo encomendado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, tiene por objetivo principal un estudio global de lo que constituye la Legislación Boliviana en cuanto respecta a la Familia, la Maternidad Segura y el Recién Nacido.

En primer término, la fundamentación del trabajo desde un punto de vista netamente jurídico está regido por el principio de la Pirámide Jurídica de Kelsen que es una gradación y privilegios de aplicación de disposiciones legales, que cubre todo el espectro de la economía jurídica, y señala cuales son las normas prevalentes que deben ser aplicadas.

En tal sentido el Seguro de Maternidad y Niñez tiene sus cimientos en la Constitución Política del Estado, descendiendo al Código de Familia, Código del Menor, Código de Salud, Ley General del Trabajo, Decretos Supremos, Resoluciones Ministeriales, y sus respectivas Reglamentaciones, realizándose el presente trabajo a partir de la Ley de Leyes hasta las Reglamentaciones que abarcan todo el campo de acción de estas disposiciones legales; una vez que se tenga la visión macro del sistema jurídico boliviano, se podrá evaluar estas disposiciones de protección materno infantil.

De acuerdo a los términos de referencia adjuntos al contrato de consultoría suscrito, respecto al estudio de la legislación boliviana sobre maternidad segura y emergencias obstétricas, se ha visto por conveniente no desglosar las preguntas, para no quitar consistencia a las ideas, debido justamente a que cada pregunta tiene un solo espíritu y es preferible proponer respuestas globalizadas para evitar la reiteración en las respuestas.

1.- Qué normas se refieren a la familia y la maternidad y con que criterio?, Existen disposiciones específicas o son de carácter general como por ejemplo Constitución Política del Estado o Ley General de Salud.

La protección a la Familia, la Maternidad y la Niñez, tienen su piedra angular en la Constitución Política del Estado, Parte Tercera, Título V del Régimen Familiar, artículo 193, en el cual se encuentran protegidos el matrimonio, la familia y la maternidad; a partir de estos principios, el Código de Familia en su Artículo 4to. amplía el precepto constitucional, porque dichas normas antes de la promulgación de este Código, ya establecían la protección de la familia. Esa protección se opera porque las constituciones modernas encierran un verdadero resumen, podríamos decir que se trata de un cuadro sintético de las instituciones jurídicas de cada pueblo, tanto en cuanto afecta al Derecho Público en cuanto concierne al Derecho Privado.

Esta forma de encarar la organización constitucional de los pueblos, ofrece la ventaja de asignarles una estructura definida de acuerdo al momento social, político y económico que atraviesa cada sociedad.

En cuanto se refiere específicamente a la niñez existe el Código del Menor promulgado mediante Ley 1403 de 18 de diciembre de 1992, como un instrumento exclusivo de protección a los infantes, pero lo fundamental de este cuerpo legal, es que el Derecho de Menores, es un nuevo derecho y se destaca por su carácter tutelar y protector, aspectos que orientan todas sus disposiciones a la esencia de esta rama del Derecho. Con este objetivo se ha creado el Organismo llamado Unidad de Servicio Social, para los efectos de dicho Código. Sin embargo de todo, esa protección no es notoria, porque no pasa de ser una planta burocrática, que si bien atiende algunos casos en favor de los menores, la mujer y la familia, en cambio sus determinaciones no tienen efecto alguno.

La protección de la mujer embarazada en su relación laboral, esta amparada por disposiciones concretas expresadas en la Ley General del Trabajo y su Reglamento que garantiza la inamovilidad funcionaria de la mujer gestante hasta un año después de haber dado a luz, expresada en la Ley No. 975 y en el Decreto Ley 13214, asimismo le otorga subsidios y asignaciones familiares pre y post natales a la mujer embarazada; para dar cumplimiento a las previsiones contenidas en el Art. 25 del Decreto Supremo 21637 del 25 de junio de 1987 y el Art. 2 del Decreto Supremo

23410 de 16 de febrero de 1993, el Instituto Boliviano de Seguridad Social emite la consiguiente Reglamentación para su observancia por parte de los empleadores y empleados de las entidades públicas y privadas del país y asegurados y beneficiarios del Sistema de Seguridad Social, aclarando que todos los subsidios son cubiertos en especie y no así en dinero, asimismo las asignaciones familiares se entregan en forma personal a la esposa del trabajador, y los subsidios de lactancia no se interrumpen ni siquiera por muerte del trabajador o de la madre, cualquier contravención a estas disposiciones legales son sancionables al empleador.

El Código de Salud en el acápite de su Reglamentación incluye la salud familiar y tiene

disposiciones generales respecto a la familia, la maternidad, la niñez y la adolescencia, partiendo desde un punto de vista médico familiar.

El Código de Seguridad Social, en su Art. 23 y siguientes, tiene disposiciones específicas respecto a la maternidad en estricta concordancia con otras leyes conexas analizadas ut supra, lo que hace que el universo jurídico respecto a la maternidad segura se encuentre complementado con todas estas leyes y reglamentos.

Es necesario aclarar que toda esta legislación contiene normas de orden público y que en ningún caso pueden los particulares obviar su observancia, bajo apercibimiento de hacerse pasibles a las sanciones que cada Derecho les pueda aplicar.

Mediante Decreto Supremo No. 24303, a partir del 1ro. de enero de 1997 el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez fue modificado, con el propósito de otorgar a la mujer embarazada y al neonato toda la protección estatal, bajo el principio jurídico “Al concebido se lo tiene por nacido para todo lo que le sea favorable”, un axioma jurídico que data desde la antigua Roma; este seguro tiende a cubrir todo el período de gestación, con consultas pre y post natales, por lo que a partir de la promulgación del mencionado Decreto Supremo las estadísticas han demostrado que frente a 77 niños menores de cinco años que mueren cada día, existen 169 que también llegan al mundo con la posibilidad de pasar la barrera invisible de los cinco años.

2.- Se identifican normas que establezcan programas de nutrición para la mujer embarazada y para el lactante?.

A través de la Ley No. 1551 de 20 de abril de 1994 denominada de Participación Popular los servicios y programas en favor del binomio madre-niño han sido pasados a las Prefecturas Departamentales y a los Gobiernos Municipales, en tal virtud, se ha concebido un programa denominado Plan Estratégico de Salud (P.E.S.), que ha modificado parcialmente el Plan Vida, en el cual se propone dotar a todas las mujeres embarazadas de bajos recursos de alimentos nutritivos, tales como leche, minerales y otros productos que tiendan a mejorar su alimentación durante el embarazo, extendiéndose esta cobertura durante el período de lactancia, este programa además incluye orientación materna y debe ser aplicado en todo el territorio de la República, la aplicación y seguimiento están a cargo de los Departamentos de salud; encontramos también disposiciones expresas en la Ley General del Trabajo, en cuanto se refiere a las esposas o convivientes del trabajador, y obviamente a las trabajadoras

También se encuentra vigente el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición que es un conjunto de estrategias tendientes a lograr la seguridad alimentaria en hogares de mayor riesgo, brindar protección en salud y nutrición a los grupos más vulnerables, proteger los derechos del consumidor y, mejorar la calidad de la alimentación; focaliza sus acciones según criterios de pobreza y vulnerabilidad biológica y se define como un conjunto de acciones de la comunidad y del Estado con el propósito de mejorar la alimentación, nutrición y la salud de la población.

3.- Existen normas que aseguren la atención del parto y los cuidados pre y post natales?, si existen, de que carácter son los servicios (públicos, garantizados a todos los segmentos de la población, se encuentran incorporados a algún programa o fondos de solidaridad?. Es su contenido general (declarativo) específico?. Que tipo de beneficios existen: atención de urgencia, atención, medicamentos?. Que mecanismos se establecen para su financiamiento?. En el caso de seguros privados, cual es el ámbito de la cobertura?. Como lo cubre la seguridad social?. Hasta que edad se encuentra la niñez cubierta por las prestaciones de salud.

El Código de Seguridad Social promulgado mediante Ley de 14 de diciembre de 1956, en el Título II, Sección B, Art. 23 y siguientes, así como los Arts. 64 y 65, concordantes con los Arts. 3, 4 y 6 del mismo cuerpo legal, estableciéndose el derecho que tiene la esposa del Asegurado a la

necesaria asistencia durante los períodos de gestación, parto y puerperio, así como la atención médica quirúrgica, hospitalaria y al suministro de los medicamentos necesarios, proporcionándose esta asistencia sanitaria hasta seis semanas después del parto, todo este campo de aplicación está reservado a las trabajadoras aseguradas o esposas de los trabajadores asegurados en el sector público.

Para aquellas embarazadas que no estén aseguradas dentro de los sectores público o privado, se ha promulgado el D.S. 24303 que es el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, el cual en su Art. 2do. establece el campo de aplicación de este ordenamiento jurídico y cubre a las mujeres gestantes con toda la asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, análisis básicos de laboratorio, y atención hospitalaria durante el embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas, así como a los recién nacidos y hasta los cinco años, en casos de enfermedades diarreicas y enfermedades respiratorias agudas; el financiamiento de todo este programa está a cargo del Estado y los precios que tienen que cancelar las mujeres embarazadas son simplemente de carácter simbólico.

En cuanto se refiere a los seguros privados, estos tienen diferentes planes en la cobertura del embarazo, que van desde el parto simple, la cesárea y otras emergencias obstétricas y los costos son cubiertos por los asegurados en su conjunto, disminuyendo de alguna manera los gastos frente a una atención netamente de tipo particular.

4.- Existe reglamentación de profesiones no tradicionales que pueden participar/asumir el proceso de parto?

En Bolivia existe un reglamento para parteras calificadas, a las cuales se las prepara en la atención del parto normal, estas parteras están registradas en el Ministerio de Salud, empero en las comunidades campesinas, las cuales se encuentran lejos de los centros de salud, las matronas son las encargadas de atender los partos, obviamente con alto riesgo para la paciente y el recién nacido, al no contar con los más elementales medios medico-sanitarios, es por esta razón que se ha visto por conveniente la implementación

del Médico Familiar, que es una manera de cubrir las poblaciones alejadas, aspecto este contemplado en el Plan Estratégico de Salud, el cual en nuestro concepto todavía no va a tener una aplicación

inmediata, por cuanto el número de familias que deberán beneficiarse con este sistema, requiere un alto presupuesto para mantener a estos profesionales

5.- Que normas existen en relación con el registro de nacimientos y causas de muerte? permiten estas disposiciones determinar con claridad las diversas causales de muerte?

La Corte Nacional Electoral es la entidad que aglutina en su seno a todas las Direcciones Departamentales del Registro Civil y estas direcciones a su vez tienen a su cargo Oficiales del Registro Civil por zonas en las ciudades y de acuerdo al número de habitantes asignan Oficiales en Provincias, Secciones, y Subsecciones; cada Oficial inscribe los nacimientos, los matrimonios y las defunciones, para cada tipo de inscripción existen dos libros, que una vez completados se envía uno a la Dirección del Registro Civil y el otro se queda en la Oficialía.

Específicamente en los Libros de Nacimientos se consignan todos los datos del recién nacido y en los Libros de Defunciones se inscriben las causas del fallecimiento, empero, estos datos no pueden ser cruzados por cuanto no se tiene todavía un sistema computarizado para determinar exactamente las causas de muerte y sobre la base de datos porcentuales se pueda atacar específicamente las enfermedades o cualesquier otras causas del deceso.

El Ministerio de Salud y Previsión Social (MS y PS) tiene un sistema denominado SNIS, que es el Sistema Nacional de Información de Salud, por el cual todos los centros de salud que atienden partos deben elevar un reporte mensual de los nacimientos y causas de muerte, tanto materna como infantil, pero solo se registran los datos del centro de salud, vale decir que si la madre o el menor fallecen en domicilio particular, estos datos ya no son consignados en el reporte, y solamente se procede a la inscripción de la defunción en el Registro Civil y no así en el SNIS..

Con el propósito de contrarrestar las causas de estos fallecimientos, y tener datos confiables, como se ha analizado en otro punto del presente trabajo, el Plan Estratégico de Salud ha incluido la modalidad de médicos familiares, sin embargo esta parte del plan todavía no se encuentra implementada por falta de presupuesto, debido justamente a que se tendrían que crear ítems para estos profesionales; en síntesis a la fecha no es posible tener datos ni

siquiera aproximados de las causas de muerte, sino simplemente curvas extraídas de los datos que brindan los centros de salud, que de alguna manera proporcionan una idea de las causas de mortalidad. Con estos parámetros se ha podido establecer que la tercera causa de muerte de las mujeres es ocasionada por los abortos mal practicados, y ante

las complicaciones posteriores, las mujeres recién acuden a los Centros de Salud, donde pocas veces pueden ser salvadas.

6.- Se cuenta con disposiciones para implementar programas de reducción de la mortalidad materna? si es así, que aspectos cubren (promoción de la salud, prevención, atención, investigación)?

En la anterior gestión de gobierno, se concibió el denominado Plan Vida, que es el plan nacional para la reducción acelerada de la mortalidad materna, perinatal y del niño, actualmente modificado en forma parcial por el plan Estratégico de Salud (P.E.S.).

De todas las tragedias de la vida, la muerte de una madre y/o de un niño probablemente son las más tremendas y dramáticas, porque quitan la presencia de un ser sobre el que gira la estabilidad familiar y corta la esperanza que todo niño trae.

La mortalidad materna e infantil debe ser vista, pues, en el contexto de su realidad dolorosa, profundamente humana y no tan solo en términos de cifras frías e indiferentes. Cuando así lo hacemos existe una urgencia de resolverla, de combatirla, de minimizarla, de luchar por la vida.

El Plan Vida precisamente apuntó a esto y todos los que trabajan en su aplicación están luchando por la familia en su conjunto y especialmente por la VIDA, cuyos resultados no solo se miden en cifras, sino en rostros de niños y madres sonrientes que con seguridad se arrebatarán a la muerte y a las enfermedades.

El Plan Vida fue un reconocimiento que hizo el Gobierno Boliviano a la importancia de los recursos humanos para el desarrollo del país.

Entre los numerosos problemas que afectan a la colectividad, la mortalidad infantil, la mortalidad del menor de cinco años y la mortalidad materna, se encuentran entre los más graves y preocupantes. En efecto, si bien se

desconoce las cifras exactas, se ha estimado que en los últimos años, una tasa de 390 a 480 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, una de las más altas de América Latina. La mortalidad infantil es de aproximadamente 75 niños muertos antes de cumplir el año de vida, por cada mil nacidos vivos y la probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años fluctúa entre 99 a 118 por cada mil nacidos vivos.

Los factores que confluyen para tan alarmantes estadísticas se identifican como barreras de acceso a los servicios, índole económica, cultural, geográfica, de comunicación y transporte y la calidad de la atención.

Del análisis anterior, se desprende que la tarea de reducir la mortalidad materna y del niño es una tarea conjunta de gobernantes y gobernados.

De esta manera los propósitos y metas del Plan Vida y del Plan Estratégico de Salud

que pretenden reducir la mortalidad materna, del menor de un año y del menor de cinco años en un 50%, en el plazo previsto de 4 años, a partir de 1994, planteándose el establecimiento de sistemas locales de cuidado materno y del menor de cinco años, permitiendo elaborar planes estratégicos a dichos establecimientos con la participación más amplia de los diversos actores sociales, que permita alcanzar las metas propuestas.

Para plasmar estos objetivos, en 1995 mediante Ley 1551 de 20 de abril de 1994 se promulgó la Ley denominada de Participación Popular, que otorga a cada municipio un presupuesto para cubrir sus necesidades, esta ley será analizada específicamente en el contexto que le corresponde, empero a partir de su promulgación, se ha podido percibir que cada municipio del país ha destinado una parte de sus recursos a la implementación de estos planes, capacitando técnica y operativamente al personal de salud de cada municipio o comunidad dedicado a la atención materno infantil y del menor de cinco años, para incrementar la oferta de servicios de salud y nutrición de calidad.

Al haber incrementado el acceso a los servicios de salud y nutrición para la atención materna y del menor se ha mejorado también la capacidad de respuesta de los diferentes niveles de atención.

Se han articulado los esfuerzos y recursos comunitarios a través de la participación popular, para mejorar el cuidado del niño en el hogar, en la

comunidad y en los servicios.

Se implementó un proceso de educación popular dirigido a individuos, comunidad organizada, usuarios, proveedores de servicios sobre los signos de riesgo y señales de alarma del embarazo, deshidratación, neumonía y desnutrición, motivando la generación de la responsabilidad social para la prevención de la mortalidad materna, perinatal y del menor de cinco años.

Se desarrolló un sistema de vigilancia, monitoreo y evaluación de las actividades del plan Vida, basado en un sistema nacional de vigilancia epidemiológica de la muerte materna y del menor de cinco años, con la colaboración de organizaciones de la comunidad, asociaciones médicas, sociedades científicas y las entidades de recursos humanos; a partir de la democratización de los recursos, las comunidades que antes no tenían los mecanismos para enfrentar los problemas de salud, pobreza, etc., actualmente ya cuentan con un presupuesto que les permite planificar sus metas y enfrentar con mayores posibilidades de éxito los factores negativos de cada medio.

Se considera que el logro de las metas será posible en la medida que los niveles regional y local elaboren sus propias propuestas estratégicas para enfrentar el problema de la mortalidad materna, perinatal y del niño menor de cinco años.

El Plan Nacional sirve de documento marco que define las grandes áreas de intervención, estrategias, actividades; además se constituye en la política explícita del gobierno en relación a la mortalidad materna y del niño, la metodología propuestas para

elaborar cada plan estratégico regional, local o institucional cuya base son talleres de planificación estratégica. Esta metodología contribuye a la coparticipación en la elaboración del Plan de distintas personas o sectores, por lo que el producto es un plan común en el que están identificadas tareas con sus respectivos responsables de ejecutarlas.

Lo principal de esta metodología es que el Plan estratégico a aplicar no es solamente realizado por un grupo de expertos en el terreno, sino que es confeccionado por todos, aprovechando el conocimiento y experiencia de cada uno, disponiendo al final de un Plan estratégico que pertenece a todos, y por tanto el grado de compromiso que se asume con él es total.

De acuerdo con la Política Nacional de Salud se propone las siguientes estrategias de intervención específicas en el campo de mortalidad de la niñez y la mujer:

1. La Participación Popular institucionalmente comprometida con la disminución de los riesgos, la prevención de la mortalidad y la solidaridad efectiva.
2. La vigilancia epidemiológica para el análisis práctico de la mortalidad materna y de la niñez.
3. La organización de la red de servicios, mejorando la capacidad de respuesta y calidad de atención de los servicios.
4. La normatización de funciones y competencias sobre la base del modelo de cuidado materno perinatal integral y la atención normalizada con criterio de riesgo de muerte del menor de cinco años.
5. La comunicación social, con la educación e información en salud.
6. El desarrollo de recursos humanos, mejorando los programas de formación y ejecutando programas de ejecución continua.
7. La reorganización de la gestión financiera de los servicios.

7.- Existen normas que garanticen el derecho a la salud reproductiva durante las diferentes etapas de la vida incluyendo la adolescencia?

Con la Ley de Descentralización administrativa y la Ley de Participación Popular, mediante las cuales se transfieren competencias operacionales decisivas en el manejo de los servicios de salud a las Prefecturas Departamentales y a los Gobiernos Municipales, el Estado no sólo permite la incorporación de otros actores y nuevas responsabilidades en el esfuerzo nacional de otorgar las más importantes prestaciones de salud requeridas por la mayor parte de la población, en forma más efectiva y más accesible, sino también posibilita el fortalecimiento de la capacidad de nivel central en la conducción técnica y normativa del Sistema Público de salud.

La razón de ser del Ministerio de Salud y Previsión Social, es la de proporcionar cada vez más amplias y mejores indicaciones para la organización de los servicios y otorgar cada vez mejores normas y procedimientos a seguir para avanzar en la atención de los principales problemas de salud, razón por la cual se ha publicado en diciembre de 1996 un texto de referencia en Salud Sexual y Reproductiva, que es un documento

complementario a las Normas y Protocolos de Atención a la Mujer y al Recién Nacido, de los tres niveles de atención, así como la currícula de los Centros de Capacitación en Salud Reproductiva y Escuelas de Salud Pública.

El mencionado Texto tiene su origen en los acontecimientos de la última década, en la cual la comunidad internacional ha iniciado un proceso histórico destinado a mejorar la situación y condición de las mujeres; esto se ha expresado en forma explícita en las últimas Conferencias Internacionales: En 1987, la Declaración Mundial sobre maternidad sin Riesgos, en Nairobi en 1993; la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, en Viena en 1944; La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en el Cairo en 1995; La Cumbre Mundial Sobre Desarrollo Social, en Copenhague; y en la IV Conferencia Mundial de la Mujer, en Beijing.

Cada una de ellas se interrelaciona notablemente y ha aportado una serie de conceptos, propuestas e intervenciones, permitiendo generar procesos regionales, nacionales y comunitarios para el potenciamiento de la mujer, las relaciones de género y la transformación de sus roles. Bolivia ha acompañado activa e influyentemente este proceso, generando experiencias nacionales, movimientos institucionales profundos tanto en el Estado como en la Sociedad Civil; ejemplos hay muchos, pero cabe destacar algunos, como la creación de la Subsecretaría de Asuntos de Genero, la Ley contra la Violencia Familiar o Doméstica, desarrollos conceptuales y programas vinculados a la salud sexual y reproductiva e intervenciones sistemáticas para elevar el nivel educativo y de salud de las mujeres y la infancia expresada en el Seguro de Maternidad y Niñez.

También se ha logrado plasmar un concepto de desarrollo humano en el que la salud integral de la mujer constituye una necesidad histórica para la transformación de la sociedad hacia una convivencia social más justa y equitativa. La Salud Reproductiva es un componente de la salud integral de la mujer (biológica, psicológica y social) y en razón del derecho que tienen para gozar plenamente de todas sus potencialidades biológicas, emocionales y espirituales, parte prioritaria de la política oficial de salud.

Sin embargo, estos propósitos no serán logrados si no se toma en cuenta que la salud, como factor esencial del desarrollo humano, exige enfoques integrales y dinámicos.

Cuando hablamos de enfoques integrales y dinámicos expresamos la necesidad de llevar a cabo programas y estrategias de salud que contemplen las percepciones y expectativas de las mujeres y los hombres, el compromiso, la responsabilidad y capacitación técnica de todos los proveedores de salud; y en el orden técnico y científico, la adecuación, manejo e introducción de tecnologías modernas en los servicios de salud.

En este sentido, el Gobierno Boliviano, ha priorizado, desde distintas esferas, una serie de investigaciones e intervenciones tendientes a minimizar y resolver problemas sociales tan agudos como la morbimortalidad materna y perinatal. La estrategia de salud reproductiva ha mostrado que los enfoques integrales pueden ser exitosos cuando se tiene en cuenta el aspecto humano, ético y científico. Es por ello que la Secretaría

Nacional de Salud transformada en el Ministerio de Salud y Previsión Social, ha identificado a la calidad de atención como el elemento articulador de la estrategia.

La calidad de la atención se logra con la buena disposición y la responsabilidad de los proveedores de salud, pero también es decisiva la introducción del conocimiento técnico y científico.

A la fecha ya se ha publicado la segunda edición del "Texto de Referencia en Salud Sexual y Reproductiva", que es un esfuerzo que complementa otras iniciativas para mejorar y transformar la salud de la población, particularmente de la mujeres. Precisamente respondiendo a la necesidad de los enfoques integrales y dinámicos esta segunda edición toma como punto de partida un conocimiento científico orientado a las necesidades expectativas, de respeto a las usuarias y usuarios y de calidad de atención, además muestra su dinamismo en la actualización de la información y los nuevos procedimientos que competen al campo de la Salud Sexual y Reproductiva.

Esta edición, se estructura alrededor de nueva información, enfatiza el enfoque de género presentando un nuevo diseño y vocabulario. Este es el resultado de un esfuerzo colectivo da varios profesionales tanto a nivel nacional como internacional, cuyo propósito consiste en que los proveedores de salud se formen adecuadamente y tengan en sus manos una herramienta que ayude a la construcción de un desarrollo humano integral.

El Capítulo primero contiene algunos lineamientos básicos vinculados a aspectos administrativos de los servicios. Hace referencia a la Política Nacional de Salud en relación al tema, enfatiza sobre la importancia de las necesidades y la aceptabilidad de la comunidad, de las mujeres y de los hombres respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Se hace una descripción de la organización y administración de los servicios de salud reproductiva resaltando la calidad de la atención, la normalización y la otorgación de servicios de salud reproductiva y planificación familiar. Se estudia el tema de Información, Educación y Comunicación (IEC) así como las necesidades de equipamiento requeridos en estos servicios.

Un punto importante se relaciona con los recursos humanos, se mencionan aspectos tales como: Funciones del Personal de Salud, supervisión, necesidades y asignación de responsabilidades.

El sistema de la administración logística de los suministros e insumos es fundamental en este capítulo, ya que arroja información sobre el proceso de toma de decisiones, sistemas de distribución y control de inventarios, costos relativos de los diferentes métodos de planificación familiar, normas para la entrega de insumos y condiciones de almacenamiento.

El capítulo 2 tiene la finalidad de dar orientaciones a los proveedores de salud para que

las (os) usuarias (os) de los servicios, obtengan el máximo beneficio y de esta manera los individuos o las parejas participen y decidan de una manera responsable e informada sobre su vida sexual y reproductiva. Por ende, se busca que el proveedor de servicios o el orientador en salud sexual y reproductiva, no solo brinde información, sino que sea una persona capaz de tener en cuenta las circunstancias individuales y colabore en la toma de decisiones satisfactorias.

También hace referencia a los derechos de las (os) usuarias (os) y señala algunas características de un buen orientador. asimismo incluye la clasificación actual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre indicaciones y precauciones sobre los métodos de planificación familiar.

El capítulo 3 está orientado específicamente a medidas de bioseguridad con el objetivo de prevenir la diseminación de infecciones en los servicios de salud y evitar la transmisión de enfermedades de transmisión sexual tanto a

las (os) usuarias (os), como al personal de salud, en este sentido, el capítulo profundiza sobre los procesos de antisepsia, descontaminación lavado, esterilización, desinfección y otros procedimientos. También indica cuales son los pasos para el procesamiento de instrumentos, la conservación de un medio ambiente seguro, los agentes químicos que se pueden utilizar en determinadas condiciones.

Los capítulos sobre planificación familiar natural (4 y 5), hacen referencia a los conocimientos sobre fertilidad y planificación familiar natural. Se hace hincapié en los métodos de abstinencia sexual periódica como el método de ritmo, temperatura basal, moco cervical, sintotérmico. El método de lactancia y amenorrea (mela), mereció un capítulo aparte, dado que en la actualidad se promueve como un método de planificación familiar natural, además de las ventajas relacionadas a la salud de la madre y el niño.

Los capítulos referentes a los métodos anticonceptivos modernos (del capítulo 6 al 13) describen los métodos de barrera (condón, diafragma, espermicidas); los dispositivos intrauterinos, los anticonceptivos orales combinados, estrógenos/progestágenos y anticonceptivos de solo progestágenos; los implantes Norplant; la anticoncepción quirúrgica voluntaria y por último, se destinan dos capítulos a la anticoncepción posparto y posaborto.

Estos capítulos proporcionan información actualizada en el marco de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre indicaciones, precauciones y contraindicaciones que deben tener en cuenta los proveedores de salud.

Todos los capítulos sobre métodos anticonceptivos modernos incorporan orientaciones específicas por método, características, beneficios y limitaciones; indicaciones, precauciones y contraindicaciones; evaluación de la usuaria o usuario, si es el caso, seguimiento y control de efectos secundarios y problemas de salud.

El capítulo 14 aborda el campo amplio y dinámico de las enfermedades de transmisión

sexual (ETS). Pone énfasis en las ETS prevalentes en Bolivia (gonorrea y sífilis), así como en los síndromes bacterianos y virales asociados, entre ellos, la clamidia el virus del herpes simple, etc., y en las infecciones sistémicas como el VIH/SIDA.

El capítulo aborda la temática de la organización de los servicios y el control de las ETS a nivel de atención primaria de salud, así como la definición de las ETS.

Cada una de las secciones trae una introducción, y una explicación sobre las características que asumen dichas enfermedades en hombre y mujeres, la etiología, períodos de contagio e incubación, modo de transmisión, diagnóstico, tratamiento y prevención.

Se incluyen protocolos y flujogramas con enfoque sindromáticos y de diagnóstico. Dichos protocolos y flujogramas se basan en tratamientos actualizados, sustentados en las recomendaciones de la OMS y del CDC de Atlanta y concordantes con las investigaciones clínicas epidemiológicas realizadas en Bolivia así como con la normatividad vigentes. También se incorporan apéndices referidos a las pruebas de laboratorios e interpretación.

El capítulo 15 está dedicado a la investigación de la pareja infértil. Hace referencia a la definición de infertilidad y de esterilidad a la clasificación y etiología de la infertilidad. Hace hincapié en la metodología de la investigación, historia y examen físico en los factores masculinos y femeninos que inciden en la infertilidad.

Todo el compendio de normas que se han descrito son de amplia difusión y plenamente aplicables en los centros de salud, tanto privados como públicos.

8.- Existen disposiciones que promueven la prevención del cáncer cérvico uterino?

No existe un programa específico sobre la prevención del cáncer cérvico uterino, sin embargo en las consultas periódicas que realizan las mujeres en los centros de salud, se tiene como norma médica el de hacerles todo el cuestionario respecto a sus controles del "papanicolau", en este sentido la política de salud no tiene una amplia difusión respecto a la importancia de este control periódico de prevención, y solamente se encuentra en manuales de referencia, y un proyecto denominado "Fundación contra el cáncer" es el cual tiene la mayor preocupación en este aspecto.

En resumen todavía no se ha tomado en serio este flagelo, cuando se debería publicitar ampliamente la necesidad que todas las mujeres periódicamente se hagan un estudio para estar fuera del campo de riesgo de esta enfermedad.

9.- Se han creado instituciones especializadas para la administración de programas de atención materna? ¿Existe en estos programas previsión de componentes/participación comunitaria?

Para la correcta aplicación de las normas sobre maternidad segura se ha creado la Unidad de Atención a la Mujer y al Niño, este organismo es el encargado de implementar todos los planes y proyectos orientados a la mujer embarazada, al niño e incluye al adolescente, así como la salud reproductiva.

Actualmente existe un proyecto que forma parte del Plan Estratégico de Salud, que esta dirigido a la protección de los segmentos de escasos recursos, que es la de proporcionar un médico familiar para las comunidades, es decir que cada cierto número de familias tendrá un médico que se ocupara de la salud familiar, y por ende controlará, el post parto, la vacunación infantil, así como otros problemas del puerperio, de esta manera se considera que se puede evitar la muerte materno infantil, ya que existirá personal calificado que pueda perfectamente resolver problemas de salud.

10.- Existen normas que promuevan la lactancia materna y que permiten su ejercicio, como en el caso de espacios para lactar en lugares de trabajo, horas de descanso, licencias adecuadas de maternidad?

Específicamente la Ley General del Trabajo y su Decreto Reglamentario en el Art. 55 prescribe que el empleador está obligado a ampliar el plazo de descanso post-partum en caso de sobrevenir alguna complicación obstétrica, y la mujer continúa percibiendo el 100% de su salario, asimismo el Art 61 de la Ley General del Trabajo indica que la embarazada tiene un período de descanso de 45 días antes y 45 días después del parto, asimismo su jornada de trabajo se reduce en una hora, vale decir a seis horas de trabajo diarias, otorgándole una hora de licencia para lactancia.

Los Arts. 62 y 63 de la mencionada Ley y los Arts. 56 al 58 del Decreto Reglamentario instruyen a las empresas que tengan más de 50 trabajadoras, la obligación de construir a su costo salas cunas, en las cuales las mujeres puedan dar de lactar a sus niños, asignando además personal calificado que este a cargo y atención de los niños. Empero estas disposiciones no se cumplen a cabalidad.

La Dirección Nacional de la Mujer y el Niño, ha publicado junto con el UNICEF el manual de Nutrición, salud y Estimulación Temprana para el Niño(a) Menor de 2 años, el cual se ha diseñado para apoyar al personal de salud en su trabajo, complementando sus conocimientos y experiencias sobre lactancia materna, la alimentación complementaria y la estimulación temprana de los niños menores de dos años.

11.- Cuál es el contenido de la legislación laboral en relación con la maternidad y/o paternidad, conservación del empleo, requisito de esterilización, protección contra riesgos laborales durante el embarazo?

La Ley General del Trabajo, promulgada por Decreto Supremo de 24 de mayo de 1939 y elevado a Ley en 8 de diciembre de 1942, así como su Decreto Reglamentario No. 244 de 23 de agosto de 1943, protegen a la mujer embarazada y al menor trabajador, en

cuanto se refiere específicamente a la jornada de trabajo el D.S. 10859 de 7 de mayo de 1973 en su Art. 80, establece una jornada máxima de trabajo de 7 horas diarias de lunes a viernes y de 5 horas los sábados, es decir cuarenta horas a la semana.

El Art 55 del D.R. dice: El patrono está obligado a ampliar el plazo de descanso post-partum en caso de sobrevenir alguna enfermedad producida por el alumbramiento, previa presentación de un certificado médico.... la mujer continúa percibiendo el 100% de su salario.

El Art. 61 de la Ley General del Trabajo indicaba que la mujer embarazada descansaba 15 días antes hasta 45 días después del alumbramiento, conservando su derecho al empleo y percibía el 50% de su salario durante la lactancia. La Ley de 6 de diciembre de 1949 Art. único, modifica esta disposición: Las mujeres embarazadas descansaran 30 días antes hasta 30 días después del alumbramiento o hasta un tiempo mayor si sobrevienen

enfermedades, conserva su derecho a empleo y percibe el 100% de su sueldo y tendrá una hora de descanso diario, es decir que su carga horaria es rebajada de 7 horas a 6 diarias durante este lapso.

La Ley No. 975 de 2 de marzo Decreto Ley 13214 de 24 de diciembre de 1975, en su Art. 1 establece la inamovilidad funcionaria de la mujer embarazada hasta un año después del alumbramiento, tanto en entidades públicas como privadas.

El Art. 27 del mismo cuerpo legal prescribe que los médicos tratantes podrán expedir certificados pre natal y post natal ampliando hasta 45 días como máximo.

El Art. 31 otorga a la mujer asegurada el derecho durante el embarazo y el puerperio al subsidio de maternidad por un plazo máximo de 45 días anteriores al parto y 45 días posteriores a él. Siempre que en estos períodos no ejecute trabajo remunerado. Este subsidio se pagará a la asegurada que tenga un mínimo de cuatro aportaciones mensuales dentro de los doce meses anteriores a la fecha en que se cancela el subsidio pre natal.

El Art 37 del Código de Seguridad Social dispone que la asegurada tiene derecho a un subsidio de maternidad siempre y cuando cumpla con las cotizaciones.

El seguro de maternidad establece que, tiene derecho a atención médica, la asegurada y la esposa o conviviente del asegurado y se requiere el depósito de cuatro cotizaciones mensuales anteriores a la fecha del parte de baja por natalidad.

Para dar cumplimiento a las previsiones contenidas en el Art. 25 del D.S. 21637 del 25 de junio de 1987 y el Art. 2 del D.S 23410 de 16 de febrero de 1993, el Instituto Boliviano de Seguridad Social emite la siguiente reglamentación para su observancia por parte de los empleadores y empleados de la entidades públicas y privadas del país y asegurados y beneficiarios del Sistema Boliviano de Seguridad Social.

A partir del 1ro. de enero de 1993 en cumplimiento a las previsiones contenidas en el Art. 2 del D.S. 23410 de 16 de febrero de 1993 modifica la cuantía del Salario Mínimo Nacional, los subsidios prenatal, de natalidad y

lactancia y sepelio, cuya obligación se entrega en especie y pago, está a cargo de los empleadores, según lo dispuesto por el D.S. 21637, en su Art. 25, de junio de 1987, se sujetará a las normas contenidas en dicho reglamento.

El subsidio prenatal, consiste en la entrega a la madre gestante, asegurada o beneficiaria de una asignación mensual en leche entera y sal yodada, por un valor equivalente a un Salario Mínimo Nacional durante los cinco últimos meses del embarazo, independientemente del subsidio de incapacidad temporal.

Para recibir este subsidio se requiere la certificación médica del embarazo, otorgada por la Cajas de Salud. El subsidio prenatal consistirá en la entrega mensual de 8 kilos de leche en polvo entera, cinco kilogramos de sal yodada; el subsidio prenatal comienza a partir del primer día del quinto mes de embarazo y fenece el último día del mes en que nace el niño.

Prescribe en el plazo de un año a partir de la interrupción del pago y caduca a los noventa días del último mes no cobrado.

El subsidio de natalidad consiste en la entrega a la madre gestante asegurada o beneficiaria de un pago único equivalente a un salario mínimo nacional, por el nacimiento de cada hijo.

Para recibir este beneficio, deberá presentar el certificado de nacimiento, expedido por la Oficina del Registro Civil. Este subsidio se paga al nacimiento de cada hijo y prescribe en el plazo de un año a partir de la fecha del nacimiento.

El subsidio de lactancia, consiste en la entrega mensual de leche entera y sal yodada, equivalente a un salario mínimo nacional por cada hijo durante los primero doce meses de vida.

Para recibir este beneficio deberá presentarse el carnet de afiliación del hijo al ente gestor y el carnet de registro de vacunas., este subsidio también consiste en la entrega de ocho kilos de leche en polvo entera y cinco kilos de sal yodada.

El derecho a este subsidio comienza el primer día del mes siguiente del nacimiento de hijo y fenece el último del mes en que cumple un año.

Prescribe en el plazo de un año a partir de la interrupción del pago y caduca a los noventa días del último día del mes no cobrado.

La composición de los subsidios prenatal y de lactancia podrá ser modificado por el Instituto Boliviano de Seguridad Social de acuerdo a criterio técnico médico.

Esta expresamente prohibida la entrega de los subsidios prenatal y de lactancia en dinero, salvo casos extremos en que existiese completa imposibilidad de abastecimiento.

Asimismo está prohibida la recepción de asignaciones familiares en forma duplicada, o recibir la asignación prenatal habiéndose interrumpido el embarazo o el subsidio de lactancia en caso de fallecimiento del hijo.

Estas asignaciones familiares deben ser entregadas a la trabajadora o a la esposa o conviviente del trabajador.

Si el trabajador quedase cesante voluntaria o forzosamente continuará percibiendo las asignaciones familiares durante dos meses con posterioridad del primer día siguiente a la fecha de cesantía.

El subsidio de lactancia no se interrumpe por la muerte del trabajador(a) y debe otorgarse a la persona que acredite la tenencia del huérfano.

Los trabajadores que suscriben contratos de quince días o más les corresponde las asignaciones familiares, asimismo a quienes trabajan a medio tiempo.

Los hijos de la divorciada o conviviente abandonada inscrita en los registros del seguro, tiene derecho a los subsidios, siempre que hubiesen estado en goce de estos derechos al momento de ejecutoriada la sentencia de divorcio o de abandono.

Los beneficios correspondientes a los subsidios prenatal y de lactancia, debe ser entregados en especies y los subsidio de natalidad y sepelio

pagados en dinero, a partir del mes de enero de 1992 en las cantidades y montos establecidos en el Reglamento.

No es aplicable la caducidad si la interrupción no es imputable a los asegurados, salvo que se demuestre lo contrario.

El incumplimiento por parte de los empleadores en el otorgamiento de cualquier de los cuatro subsidios, será sancionado de conformidad a las previsiones contenidas en el Inc. N del Art. 592 y 593 del Reglamento del Código de Seguridad Social, en la forma siguiente:

Por primera vez con una suma equivalente al doble del subsidio no pagado; en caso de reincidencia, con el apremio del ejecutivo de la entidad empleadora, hasta el cumplimiento de la obligación, más la multa, en caso de reincidencia continuada se sancionará con la intervención o cierre de la empresa.

Las sanciones serán aplicadas contra el empleador a sola denuncia y previa comprobación a través de las Cajas de Salud, las mismas que deberán ejercitar el control correspondiente. Las Cajas de Salud, son las encargadas de los sistemas de control, así como de aplicar las sanciones.

Las multas y sanciones determinadas, se destinarán exclusivamente por cada ente gestor en obras de carácter social.

En caso de no cumplir los empleadores con la inamovilidad funcionaria de la mujer gestante, estarán obligados además de cumplir con las sanciones, a continuar otorgando la totalidad de los subsidios familiares por los períodos establecidos, aunque la trabajadora hubiese sido retirada ilegalmente.

En cuanto se refiere a la esterilización y sus requisitos se encuentra en revisión la Norma Boliviana de Salud NB-SNS-04-97 que es un manual denominado “Anticoncepción quirúrgica voluntaria para mujeres en alto riesgo reproductivo”, destinado a los institutos básicos de maternidad, hospitales básicos y generales de apoyo; las reglas generales de la esterilización voluntaria no deben ser consideradas como una actividad de regulación de fecundidad y solo tendrán que practicarse por razones de orden médico.

Para que una mujer pueda acceder a este procedimiento, previa consejería de cada servicio acreditado para realizar el procedimiento debe conformarse un comité médico de análisis del caso, este comité debe estar conformado por lo menos por tres profesionales, quienes deben elaborar una resolución de aprobación justificada. El personal de salud debe registrar la anticoncepción quirúrgica voluntaria en forma obligatoria en la historia clínica de la usuaria, y el procedimiento debe ser realizado bajo las normas quirúrgicas y de bioseguridad establecidas.

Las causas se dividen en médicas puras que incluyen un listado de enfermedades, psiquiátricas, generales y pulmonares, incluyendo además la paridad satisfecha, cuyo requisito son cinco partos vaginales con productos vivos y tener una edad mínima de treinta y cinco años.

12.- Se ha emitido la política nacional de población por medio de disposiciones legales? cual es su contenido (acceso equitativo a información/educación, uso de anticonceptivos/preservativos -distribución gratuita- situación del aborto y grado de penalización.?

En este punto específicamente hay que partir de la situación jurídica del aborto que esta prescrita en el Código Penal, en el Título VIII, Capítulo II Arts. 263 al 269; el espíritu de esta codificación es que el Derecho, tutela y protege valores, entre estos está el principal que es la vida, su defensa está en su esencia misma, es por ello que el Derecho Penal reprime toda conducta que lesiona bienes jurídicamente protegidos. En el aborto el valor protegido es la vida del feto concebido pero no nacido. Hay vida desde la fecundación

del óvulo por el espermatozoide y es considerada independiente jurídicamente del de la madre, aunque no fisiológicamente. Por esta razón la mayoría de las legislaciones sitúan al aborto entre los delitos contra la vida de las personas.

Analizando los artículos pertinentes el Art. 263 del Código Penal define el aborto como causar la muerte del feto en el seno materno o provocar la expulsión prematura. Es decir que para que haya aborto el feto debe tener vida, debe perderla en el seno materno o al ser expulsado antes de la terminación de la gestación a causa de la cual muere. Si el feto ya está muerto no hay aborto o se muere después de separarse del cuerpo materno y antes de los tres días es infanticidio, (es necesario aclarar que para que exista el delito de infanticidio, tiene que existir la conducta de la madre). Por

lo tanto la ley supone que la existencia de feto vivo, la muerte debe causarse antes de nacer. Este artículo plantea tres alternativas según intervenga o no el consentimiento de la mujer.

1. Cuando es practicado sin el consentimiento de la mujer o si esta fuese menor de 16 años, edad que se considera en la que no puede dar su consentimiento válido se sanciona a los que intervienen en el delito pero no a la mujer que es impune.
2. Si la mujer hábil da su consentimiento, se sanciona en menor grado a quienes intervienen para hacer posible el aborto.
3. La mujer que da su consentimiento se sanciona de uno a tres años de reclusión; la tentativa no es punible porque no hay lesión de bienes jurídicos protegidos.

El Art. 264 considera el aborto seguido de lesión o muerte, en este caso puede suceder que el aborto cause lesiones o muerte de la mujer, aquí se presenta el delito preterintencional, ir más allá del resultado previsto. Para que exista esta figura debe haber dolo de aborto y posibilidad de aborto, descontándose el dolo de homicidio, es decir perseguir la muerte de una mujer, para lo cual se utiliza como medio el aborto a fin de matarla, en este caso hay llanamente homicidio. El artículo contempla dos casos que la lesión y la muerte causados por el aborto sean con o sin el consentimiento de la mujer, para efecto de la agravación de la pena, que puede ser elevada hasta nueve años de presidio según el caso.

El Art. 265 considera el aborto "honoris causa", que es de tradición netamente española, y es practicado cuando es cometido para salvar el honor de una mujer. En este caso la pena es de 6 meses a dos años.

El Art. 266 considera el aborto impune, que es el practicado cuando la concepción se ha producido a raíz de una violación, incesto o cuando corre grave riesgo la vida de la madre, existiendo impunidad porque el resultado, que es el embarazo, no ha sido previsto, querido ni deseado y porque es fruto de un delito, ya sea violación, estupro o incesto. Según el legislador, con el aborto se trata de eliminar las consecuencias ilícitas de un delito.

La segunda parte de este artículo se refiere al aborto terapéutico o necesario que es

considerado como un estado de necesidad contemplado en el Inc. 2 del Art. 11 del Código Penal.

Finalmente la tercera parte de este artículo establece ciertas condiciones para que la ley no sea burlada y se encubran abortos punibles con las causas de impunidad. Para que estas causas de impunidad produzcan sus efectos, la ley además de otros requisitos exige para todos estos casos los siguientes:

- a) El aborto debe ser practicado por un médico en ejercicio.
- b) Debe tener el consentimiento expreso y consciente de la mujer.
- c) Debe existir anteladamente autorización judicial para el aborto. Sin una de estas condiciones no obra la impunidad.

El Art. 267 considera el aborto preterintencional, en esta figura jurídica está excluido el dolo, es decir no hay intención de causarlo, sino que surge por violencia ejercida sobre la mujer embarazada, causando un resultado que va más allá de la intención del agente. El Código Penal considerando esta figura como preterintencional excluye la posibilidad de dolo eventual. Esta conducta es siempre culposa porque no se ha tenido la intención causar el resultado.

El Art. 268 considera el aborto culposo que es aquel en el cual la mujer embarazada no ha tenido la suficiente precaución o previsibilidad para asegurar el desarrollo normal del feto, razón por la cual aborta considerada esta una figura atenuante y la pena es de una prestación de trabajo hasta un año.

Por último el Art. 269 establece la practica habitual del aborto, que está referida a los profesionales, matronas o cualquier persona que se dedique habitualmente a practicar abortos incurrirá en una pena de reclusión de uno a seis años, según sea la consideración del juzgador.

Desde hace algún tiempo han habido una serie de simposios y conferencias con el propósito de despenalizar el aborto, sin embargo pese a que las mujeres son las que más quieren esta conquista, todavía no existe una flexibilización de punibilidad del aborto, y es por ello que muchas mujeres prefieren realizar practicas clandestinas para evitar la mano de la ley, obviamente con un riesgo muy alto para sus propias vidas.

En cuanto se refiere a salud reproductiva, planificación familiar e información se ha tratado en el punto siete del presente trabajo.

13.- Que disposiciones existen en relación con la violencia contra la mujer? ¿Se han reformado los códigos penales y procesales para aumentar las penas por los delitos contra la mujer y facilitar los procedimientos para su denuncia? Se han emitido normas para prevenir y sancionar la violencia doméstica (que incluye a todos los miembros de la familia)

A raíz de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia

contra la mujer, se ha promulgado la Ley No. 1559 de 18 de octubre de 1994 aprobándose in extenso dicha convención y por lo tanto de cumplimiento obligatorio por el Estado Boliviano, y de una manera complementaria se ha promulgado la ley 1674 de 15 de diciembre de 1995 denominada Ley Contra la Violencia en la Familia o Doméstica, que consta de 45 artículos en los cuales se encuentra todo un bagaje de normas que permiten la denuncia de la violencia familiar protegiendo a todos los miembros de la misma, teniéndose como penas la multa y una máxima de arresto que no podrá exceder de cuatro días, y podrá ser agravada al doble cuando la víctima sea mayor de sesenta años, o este embarazada; define además las formas de violencia y los tratamientos de rehabilitación del agresor, y las autoridades que deben conocer estos hechos son los Jueces de Instrucción de Familia, y cuando los hechos se tornen delictivos serán tratados por los Jueces de Instrucción en lo Penal.

El Art. 44 de esta Ley deroga el Art. 276 del Cgo. Penal que no establecía ninguna sanción para violencia intrafamiliar, en cuanto se refería a las lesiones leves causadas por los cónyuges, por los ascendientes, descendientes, hermanos, afines en línea recta, cuñados, cuando viviesen juntos.

14.- Se han revisado los códigos civiles y otras normas aplicables en relación con la caracterización de familia y el ejercicio de la patria potestad?

En Bolivia el Código Civil vigente no tiene una mención expresa en cuanto se refiere a la familia, y en cuanto al ejercicio de la Patria Potestad, existen disposiciones específicas en el Código de Familia, en el Libro Segundo, titulado “De la Filiación” (Arts. 178, 179 y 180), y en Libro Tercero que está titulado como “De La Autoridad de los Padres” (Arts. 244 al 282), en ambos

Libros y Títulos, los articulados se refieren a los hijos de padres y madres casados entre sí, que son los denominados hijos legítimos, y los hijos de padres no casados son denominados hijos extramatrimoniales, sin embargo, es necesario aclarar que tales denominaciones no constan en los Certificados de Nacimiento de las personas, y la legislación boliviana reconoce la igualdad de derecho de los hijos, sin importar su origen matrimonial o extramatrimonial.

Incluyen estos artículos la Autoridad de los Padres, de la asistencia y protección de incapaces en el ámbito familiar, ejercicio, extinción y contenido de la autoridad de los padres, ejercicio y contenido de la autoridad, extinción, pérdida y suspensión de la autoridad de los padres.

En todo este articulado se encuentra un detalle pormenorizado de lo que significa las relaciones padres hijos, con derecho y obligaciones para ambas partes, y en caso de incumplimiento de estas normas por parte de cualquiera de los padres, las sanciones que estas conductas conllevan, el análisis de estos capítulos sería objetivo de un solo trabajo de investigación, dado que existe mucha doctrina, que inclusive habría que remontarse hasta los albores del Derecho Romano, y toda la evolución del Derecho

hasta la actualidad.

Sintéticamente, en cuanto a la filiación, por principio se tiene que el hijo nacido en la vigencia del matrimonio tiene por padre al marido de la madre; en caso que el hijo sea extramatrimonial, la Ley prevé el reconocimiento del hijo por parte del progenitor, y el Código Penal en su Art. 250 castiga con una pena privativa de libertad de 6 meses a 3 años a aquel que abandonase a una mujer embarazada, y la pena es incrementada de uno a cinco años, si por esta causa la mujer embarazada, cometiese el delito de aborto.

15.- Se ha reglamentado las participación de las ONGs en la ejecución de las políticas/desarrollo de proyectos en torno a la maternidad segura?

Las Organizaciones no Gubernamentales funcionan en Bolivia desde hace aproximadamente diez años y en todo este tiempo aún no existe una reglamentación apropiada para su funcionamiento, el tratamiento que se les da, es simplemente a través de convenios que firman con el Ministerio de Salud, en los cuales las ONGs plantean su campo de acción y presentan sus propuestas de trabajo; PROCOSI que es una especie de asociación de ONGs que se dedican al campo de salud es la que tiene mayor campo de acción y planes perfectamente definidos y que se los está llevando a cabo con bastante éxito, contando con programas específicos de supervivencia infantil y de salud reproductiva, y desde ya estas ONGs apoyan las políticas de salud del Supremo Gobierno y se adecuan a medida que las leyes se van modificando.

16.- Existen disposiciones que favorezcan el desarrollo de las poblaciones indígenas, no solo en cuanto a la promoción de la maternidad segura, sino en términos generales (trabajo, política social, medio ambiente)

El territorio boliviano está dividido política y administrativamente en 9 Departamentos, 111 Provincias, 301 Secciones y 1.396 Cantones; A partir de la promulgación de la Ley de Participación Popular y la Ley de Descentralización Administrativa se han creado gobiernos municipales en casi todo el territorio, aspecto que hace más equitativa la distribución de los recursos, alcanzando a la mayor parte de la población, en este sentido y gracias a estas leyes los municipios manejan el área de salud teniendo mayor llegada a los sectores más deprimidos; al tener un ingreso mayor de fondos por municipalidad se mejora la calidad de vida aunque dista mucho de ser la óptima en términos de comparación latinoamericana.

Existe también la Ley del Medio Ambiente que prácticamente esta dirigida a los recursos naturales y por ende a las áreas rurales, donde vive el 42% de la población boliviana; novedosamente se ha incluido en estas leyes las Organizaciones Territoriales de Base, que se definen como la unidad básica de carácter comunitario o vecinal que ocupa un espacio territorial determinado, comprendiendo una población sin diferenciación de grado de

instrucción, ocupación, edad, sexo o religión y guarda una relación principal con los

órganos públicos del Estado a través del Gobierno Municipal de la jurisdicción donde está ubicada, se reconocen las Organizaciones Territoriales a las siguientes:

- a) Pueblo Indígena;
- b) Comunidad Campesina
- c) Junta Vecinal

Asimismo se establece que en la conformación de sus directivas se deben incluir mujeres en igualdad de oportunidades y condiciones.

17.- Ha ratificado su país la convención sobre pueblos indígenas?

Bolivia ha ratificado la convención de pueblos indígenas suscrito en Madrid el veinticuatro de julio de mil novecientos noventa y dos, que se ha denominado el Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, dicha ratificación se la ha realizado mediante Ley de la República No. 1468 promulgada el dieciocho de noviembre de mil novecientos noventa y dos.

Asimismo mediante Ley de la República No. 1257 promulgada el once de julio de mil novecientos noventa y uno se ha aprobado y ratificado el convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes, aprobado en la 76ta. conferencia de la Organización Internacional del Trabajo del veintisiete de junio de mil novecientos ochenta y nueve.

En tal sentido según las reglas del Derecho Internacional Público y del Derecho Constitucional, al haberse dictado Leyes de la República ratificando ambos convenios, estos instrumentos son plenamente aplicables y vigentes tal como han sido suscritos.

18.- Que impacto han tenido la evolución normativa aplicable al tema bajo estudio, los compromisos emanados de la Convención sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, los acuerdos de la conferencia internacional de población y desarrollo y la cuarta conferencia mundial de la mujer?

Del análisis de todas las normas que se han tratado en el presente trabajo, se puede evidenciar que la mujer en Bolivia está siendo reconocida como un ser plenamente activo y con todos los derechos y obligaciones inherentes, además en cuanto se refiere al aspecto de discriminación y violencia intrafamiliar, como se ha visto existe una ley expresa que protege no solo a la mujer sino a la familia en su conjunto, teniendo al género femenino como eje central de las familias bolivianas, asimismo a través de otro instrumento legal como es el del seguro materno infantil se le otorga toda la cobertura necesaria, en protección de su vida y la de sus hijos; en cuanto se refiere a las organizaciones territoriales de base, hace imperativa

la participación de la mujer como parte componente e imprescindible de la sociedad, a niveles de gobierno y parlamentarios las mujeres juegan un papel preponderante; si bien es cierto que en términos legales la igualdad de derechos y obligaciones de la mujer no

tiene ninguna discriminación, no es menos cierto también que en la realidad de los hechos queda aún mucho camino por recorrer, pero por lo menos ya existen instrumentos legales en los cuales el género femenino puede mover el aparato jurisdiccional estatal para hacer valer sus derechos en igualdad de condiciones a los hombres.

El otro hecho que se debe analizar a este respecto es el aspecto cultural, que todavía tiene gran importancia en el medio boliviano, donde tenemos una comunidad netamente machista y una mujer sometida a la educación recibida ancestralmente, que no hace valer sus derechos pese a tener medios legales para hacerlo, siendo todavía incipiente especialmente en medios rurales el ejercicio de los derechos, pese al amparo legal que las cubre.

CONCLUSIONES

El presente trabajo ha demostrado plenamente que en Bolivia existe toda la normatividad legal que protege los derechos de las personas, específicamente en cuanto se refiere a la Maternidad Segura y a la Niñez, se ha encontrado todo el cúmulo de disposiciones legales, sin embargo con tal cantidad de leyes, el aparato burocrático es el único que crece, ya que los beneficiarios, previamente tienen que cumplir una serie de requisitos para acceder a los organismos de salud, y obviamente el cumplimiento de todos estos requisitos impactan en la economía de los más pobres, ya que desde conseguir un certificado de nacimiento, hasta tramitar la cédula de identidad requiere de tiempo y dinero, que la mayoría de la población no tiene.

Se ha podido constatar también que en los Centros de Salud, un gran problema es la displicente atención que muchas veces reciben las pacientes, lo que hace que estas mujeres no quieran asistir a estos centros, ya que en muchos casos se sienten juzgadas.

Tal vez el aspecto más innovador de la legislación boliviana actual es el Seguro Materno Infantil, modificado parcialmente por el Plan Estratégico de Salud, cuyos pilares fundamentales son la Ley de Participación Popular y la Ley de Descentralización Administrativa, con estas tres normas jurídicas, se ha logrado democratizar un poco la cobertura de salud.

Sin duda alguna los principales problemas nacionales en cuanto a salud se refiere, y no solamente al campo de la maternidad segura y la cobertura a la niñez, son el económico y el educacional, tenemos muchas leyes, pero desgraciadamente no existe el suficiente soporte económico para implementarlas, y el otro aspecto es la necesidad de concientizar a la población para que aprenda a ejercer sus derechos.

BIBLIOGRAFIA

Constitución Política del Estado . Centro de Estudios Forenses “Agustín Aspiazú” 1994.

Código del Menor y Decreto Reglamentario Ley 1403. Editorial Jurídica “Zagada”, La Paz - Bolivia 1994.

Código Penal. Editorial “Los Amigos del Libro”, La Paz - Cochabamba, Bolivia, 1984.

CODIGO DE SALUD DE LA REPUBLICA DE BOLIVIA. Gaceta Oficial de Bolivia, 1981.

Ley 1551 de Participación Popular . Ediciones de Cultura Cívica, La Paz - Bolivia, 1995.

Ley del Registro Civil D.S. No. 24247. Gaceta Oficial de Bolivia, 1996.

Ley contra la Violencia en la Familia o Doméstica. Gaceta Oficial de Bolivia, 1997.

MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO, SECRETARIA NACIONAL DE SALUD, Dirección Nacional de Salud. Atención a la Mujer y al Recién Nacido, Mothercare, La Paz - Bolivia 1996

MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO, SECRETARIA NACIONAL DE SALUD, Dirección Nacional de La Mujer y El Niño. Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Para Mujeres En Alto Riesgo Reproductivo, Efecto Impresiones, 1997.

MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO, SECRETARIA NACIONAL DE SALUD. Atención a La Mujer y Al Recién Nacido en Institutos de Maternidad y en Hospitales Departamentales, Efecto Impresiones, 1996.

MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO, SECRETARIA NACIONAL DE SALUD. Plan Vida, Propuesta Técnica, Artes Gráficas Latina, La Paz - Bolivia, 1995.

MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO, SECRETARIA NACIONAL DE SALUD, Dirección Nacional de La Mujer y El Niño. Salud Sexual y Reproductiva, Centro de Información Para el Desarrollo, La Paz - Bolivia, segunda edición 1996.

JIMENEZ SANJINES Raúl. Teoría y Práctica del Derecho de Familia. Librería Editorial Popular , La Paz - Bolivia 1984.

REYES ORTIZ Juan Carlos. Fundamentos de Derecho del Trabajo y Procedimiento , Latinas Editores Oruro - Bolivia, 1996.

SAAVEDRA DE BLOMBERK Sussy. Código de Seguridad Social, Compilación y Legislación Concordada de la Seguridad Social Boliviana, AVF Producciones, segunda edición, 1996.