

Estudio sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida.



INFORME FINAL

Septiembre de 2022

El presente documento contiene el informe final de la consultoría referente al *“Estudio sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida”*.

365-AID.SRL. © 2022

Este documento es una publicación interna de CIES salud sexual, salud reproductiva elaborada por la empresa 365-AID.SRL. Este documento puede ser revisado y resumido; quedando el contenido y todo el material del estudio como propiedad intelectual de CIES.

INDICE GENERAL

INDICE DE CUADROS	ii
INDICE DE GRÁFICOS.....	iii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES.....	2
3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	3
3.1. Objetivo general.....	3
3.2. Objetivos específicos.....	3
4. DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA	4
4.1. Enfoque cualitativo	5
4.2. Enfoque cuantitativo	7
5. RESULTADOS.....	8
5.1. Principales resultados cualitativos	9
5.1.1. <i>Expectativas de las mujeres.</i>	9
5.1.2. <i>Demandas de las mujeres</i>	13
5.1.3. <i>Reacciones de las mujeres</i>	17
5.1.4. <i>Percepciones de las mujeres</i>	23
5.1.5. <i>Evaluaciones de las mujeres</i>	32
5.1.6. <i>Conocimientos y prácticas de las mujeres</i>	33
5.1.7. <i>Entrevistas a profundidad</i>	44
5.2. Principales resultados cuantitativos.....	53
5.2.1. <i>Transición a la vida reproductiva</i>	55
5.2.2. <i>Percepción sobre el rol de la mujer y barreras a la maternidad</i>	57
5.2.3. <i>Preferencias reproductivas y embarazo no planeado y no deseado</i>	64
5.2.4. <i>Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos</i>	70
5.2.5. <i>Conocimiento y prevención de enfermedades ginecológicas</i>	76
5.2.6. <i>Medios de comunicación</i>	81
6. CONCLUSIONES.....	85
7. RECOMENDACIONES	86
8. BIBLIOGRAFIA.....	89
9. ANEXOS	90

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Muestra ejecutada grupos focales y talleres	6
Cuadro 2. Entrevistas con informantes clave realizadas	7
Cuadro 3. Cobertura de la Muestra	7
Cuadro 4. Principales características sociodemográficas de la población encuestada	53
Cuadro 5. Afirmaciones 8 y 9, según características seleccionadas (en porcentaje)	61
Cuadro 6. Barreras e incentivos para la maternidad.....	62
Cuadro 7. Preferencias reproductivas: fertilidad deseada vs. efectiva	65
Cuadro 8. Distribución porcentual de mujeres por paridez según número ideal de hijas/os	66
Cuadro 9. Cantidad promedio, mínimo y máximo de métodos anticonceptivos que conocen y usan las mujeres o sus parejas	73
Cuadro 10. Métodos anticonceptivos que conoce y usa según grupos de edad. (en porcentaje).....	75
Cuadro 11. Porcentaje ITS conocidas declaradas por las mujeres, según características seleccionadas. (En porcentaje)	78
Cuadro 12. Enfermedades y temas ginecológicos conocidos por las mujeres, según características seleccionadas. (En porcentaje)	79

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Nube de palabras sobre percepciones de las mujeres participantes de los grupos focales.	24
Gráfico 2: Edad ideal para tener el/a primer/a hijo/a según características seleccionadas (edad mínima, máxima y promedio)	56
Gráfico 3: Percepciones y sentires de las mujeres (en porcentaje)	58
Gráfico 4: Afirmaciones listadas, según características seleccionadas (respuesta en desacuerdo, en porcentaje)	59
Gráfico 5: Mujeres que concuerdan que “Las mujeres deben denunciar cualquier tipo de abuso”, según características seleccionadas (en porcentaje)	60
Cuadro 8. Preferencias reproductivas: fertilidad deseada vs. efectiva	65
Gráfico 6: Distribución porcentual de las madres según deseo del embarazo	66
Gráfico 7: Porcentaje de mujeres que conocen, usaron y usan algún método anticonceptivo, según características seleccionadas. (en porcentaje)	67
Gráfico 8: Porcentaje de mujeres que trabajaban antes de tener un/a hijo/a, según condición de actividad actual. (En porcentaje)	68
Gráfico 9: Porcentaje de mujeres o sus parejas que se han sometido o están actualmente en tratamiento de reproducción asistida (en porcentaje)	69
Gráfico 10: Porcentaje de mujeres que conocen, usaron y usan algún método anticonceptivo, según área geográfica seleccionada. (en porcentaje)	71
Gráfico 11: Porcentaje de mujeres que conocen, usaron y usan algún método anticonceptivo, según grupos de edad y nivel de educación. (en porcentaje)	72
Gráfico 12: Métodos anticonceptivos que conoce y usa. (En porcentaje)	74
Gráfico 13: Lugar donde las mujeres acuden o acudieron para acceder al MAC. (En porcentaje)	75
Gráfico 14: Causa principal por la cual las mujeres no usan un método anticonceptivo. (En porcentaje)	76
Gráfico 15: Porcentaje de mujeres que conocen una ITS. (en porcentaje)	77
Gráfico 16: Porcentaje ITS conocida declarada por las mujeres. (en porcentaje)	77
Gráfico 17: Medios de comunicación que escuchan, miran o siguen las mujeres para informarse, según características seleccionadas. (En porcentaje)	81
Gráfico 18: Principal medio o servicio que acuden las mujeres, cuando necesita mayor información sobre temas sexuales o métodos de planificación familiar, según características seleccionadas. (En porcentaje)	82
Gráfico 19: Principal medio de comunicación o institución en el que se informa las mujeres sobre métodos anticonceptivos, según características seleccionadas. (en porcentaje)	83
Gráfico 20: Principal medio de comunicación en el que se informan las mujeres, sobre enfermedades de transmisión sexual, según características seleccionadas. (en porcentaje)	84

1. INTRODUCCIÓN

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 (CIPD-1994), declara la salud sexual y reproductiva, como un derecho humano, y lo define como “... un estado general de bienestar físico y mental en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, este enfoque entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la libertad para decidir sobre la procreación, el momento más adecuado para ésta y el número de veces que habrá de ocurrir”. A partir de esta declaratoria en muchos países del mundo, emerge la salud sexual y la salud reproductiva, como campo de atención a tener en cuenta en las políticas y programas de salud; y empiezan a reconocer a la sexualidad y reproducción como dimensiones importantes que deben ser satisfechas para la realización personal, y también con impactos importantes en el desarrollo económico y social.

A partir de la CIPD-94, el nuevo enfoque de salud reproductiva pone especial énfasis en dar prioridad a la equidad e igualdad de género, como condición necesaria para que las mujeres sean capaces de tomar sus propias decisiones y atender su propia salud y bienestar. Este enfoque orienta de manera privilegiada los esfuerzos y las acciones conducentes a empoderar a las mujeres, modificando de esta forma las condiciones de subordinación social a las que se han visto sometidas y que han impedido que sean sujetos activos de sus decisiones para su vida y la de su familia.

En este sentido, partiendo del género, como componente de la identidad individual y social, y principio organizador de la estructura social, desde una perspectiva de género se debe conocer las estructuras socioeconómicas que reproducen los roles tradicionales de hombres y mujeres en la sociedad, principalmente en el ámbito de la salud, donde los sistemas actuales producen desigualdades y sesgos de género definidos, como asunciones erróneas sobre la salud de las mujeres.

Conocer y analizar las expectativas, conocimientos, saberes y prácticas de las mujeres nos permite establecer desde su perspectiva las implicancias más importantes en la salud sexual y reproductiva, dentro de las imposiciones socioculturales y las sujeciones basadas en las construcciones del rol de la mujer en la vida familiar y la sociedad.

El presente estudio, se ha organizado, en primera instancia, estableciendo el enfoque que prioriza las percepciones, reacciones, valoraciones, saberes y conocimientos de las mujeres, en materia de atención en salud sexual y reproductiva en 6 espacios geográficos del Estado Plurinacional de Bolivia, en el eje de ciudades más pobladas y una muestra de ciudades asociadas de alto crecimiento poblacional, municipios aledaños a las grandes ciudades que representan un elemento comparativo de la variedad, al mismo tiempo que la generalidad de las necesidades y demandas de las mujeres. Posteriormente se realiza en análisis cuantitativo de la encuesta realizada a mujeres entre 15 y 60 años de edad, este análisis busca complementar la mirada cualitativa, aportando información estadística sobre las percepciones de las mujeres en cuanto al rol y estereotipo de la mujer, conocimientos en cuanto a fertilidad, métodos anticonceptivos, expectativas sobre su

fecundidad deseada y por ultimo sobre sus conocimiento y precaución de las enfermedades ginecológicas.

2. ANTECEDENTES

A finales de la década de los 90 y considerando la declaratoria de CIPD 1994, se han empezado a realizar estudios generacionales con enfoque de género, principalmente en Europa por los fenómenos demográficos que afectaron progresivamente a las familias y la economía de sus países, especialmente el envejecimiento de la población, la disminución del tamaño de los hogares, la baja fecundidad y el aumento de la tasa ocupacional de las mujeres.

Estos fenómenos presentes también en Latinoamérica, se evidencian con mayor visibilidad a partir de la década pasada.

América Latina ha avanzado en la realización de estudios e investigaciones con enfoque de género que permiten determinar al género no sólo, como un aspecto determinante de inequidad, sino un eje explicativo de muchos de los factores que intervienen en el enfermar y morir de mujeres y hombres.

En Bolivia la temática como tal, se ha trabajado de manera tangencial a través de las Encuestas de Demografía y Salud, desde una perspectiva más cuantitativa dejando de lado la mirada cualitativa que muchas veces es orientativa en el sentido que ayuda a determinar el éxito o fracaso de intervenciones públicas o privadas; en este entendido es necesario contar con un mayor número de estudios que consideren la parte cualitativa del dato estadístico publicado, tomando en cuenta sus necesidades pero también sus conocimientos y saberes sobre su salud y su sexualidad, considerando además un enfoque intergeneracional que reconozca sus diferencias en cada etapa de su vida.

El enfoque de los estudios realizados se centró en los aspectos fisiológicos y no en validar el nivel de conocimiento de las mujeres de diferentes edades y orígenes sobre sus etapas de vida y las expectativas que tienen. En Bolivia, la disponibilidad de estudios específicos sobre percepciones y actitudes hacia la salud reproductiva de las mujeres, las enfermedades ginecológicas, menopausia y la salud sexual son aún más escasas.

Por lo tanto, es necesario comenzar a realizar estudios más profundos, que puedan dar cuenta de los conocimientos y expectativas que las mujeres tienen a lo largo de las diferentes etapas de sus vidas.

Idealmente, los estudios sobre expectativas, conocimientos y percepciones combinan técnicas cuantitativas (encuestas) y cualitativas (grupos focales, entrevistas en profundidad e historias de vida). En este contexto CIES Salud Sexual, Salud Reproductiva, contrató los servicios de la empresa consultora 365 AID S.R.L., para la realización del *“Estudio sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida”*.

El presente documento corresponde al informe final de la implementación del plan de trabajo propuesto y el análisis de la información de los grupos focales, entrevistas a

informantes clave y aplicación de la encuesta cuantitativa para recopilar información que nos permita identificar las necesidades, actitudes, percepciones, conocimientos y expectativas sobre la salud de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida.

3. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

3.1. Objetivo general

El objetivo que guía todo el estudio fue identificar las necesidades, actitudes, percepciones, conocimientos y expectativas sobre la salud de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida.

Lo cual nos permitirá tener un acercamiento prospectivo a los sentires, conocimientos y prácticas de las mujeres en temas de salud sexual y reproductiva a lo largo de las diferentes etapas de su vida.

3.2. Objetivos específicos

- i. Identificar y describir los sentires de las mujeres sobre las diferentes etapas de su vida (adolescencia/formación superior/ formación de la familia y mercado laboral/ adultez/ adulto mayor) y sobre su salud sexual y reproductiva.
Lo que desarrolla entre otros:
 - Las expectativas que tienen las mujeres en cada etapa de la vida, el constructo social y estereotipos asociados a las mujeres durante cada etapa de su vida.
 - Demandas, expectativas y reacciones a contenidos de educación sexual integral en Centros Educativos y medios de comunicación.
 - Percepciones, evaluaciones, conocimientos y expectativas relacionadas con la reproducción y la menopausia.
 - Evaluación de la importancia de la salud mental y expectativas relacionadas con ella.
- ii. Identificar y describir los conocimientos y prácticas de las mujeres sobre las diferentes etapas de su vida (adolescencia/formación superior/ formación de la familia y mercado laboral/ adultez/ adulto mayor) y sobre su salud sexual y reproductiva.
Lo que desarrolla entre otros:
 - La información recibida sobre su salud sexual y reproductiva en las diferentes etapas de la vida.
 - Exposición a mensajes sobre salud sexual y reproductiva en cuanto a contenido, transmisores, canales de difusión, credibilidad de estos mensajes.
 - Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos modernos.
 - Conocimiento y reacciones a las enfermedades ginecológicas.

4. DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA UTILIZADA

El estudio se realizó combinando métodos de investigación cualitativa y cuantitativa, de carácter exploratorio, lo que permitió acercarnos a las percepciones sociales de las mujeres en torno a sus etapas de vida y a su salud sexual y reproductiva, con el fin de sentar bases para la definición y desarrollo de estrategias coherentes con los contextos y percepciones de las mismas, además de realizar una caracterización cuantitativa de los grupos de mujeres encuestadas.

Para ello el equipo técnico de la empresa 365-AID, ajustándose a los requerimientos de los términos de referencia ha desarrollado el trabajo en 4 Etapas:

E1) Elaboración del plan de trabajo y cronograma de actividades:

- i. Definición de objetivos, actividades, productos y el cronograma del estudio;
- ii. Análisis de Insumos técnicos y administrativos;
- iii. Elaboración del plan de trabajo y cronograma.

E2) Diseño del estudio:

- i. Recopilación de información secundaria basada en el análisis documental;
- ii. Ajuste de la estrategia metodológica del estudio: objetivos, actividades y productos.
- iii. Elaboración y validación operativa de instrumentos de recolección de información cualitativa;
- iv. Elaboración y validación operativa de instrumentos de recolección de información cuantitativa;
- v. Elaboración del diseño muestral;
- vi. Entrada de datos y construcción de la estructura de la base de datos;
- vii. Reclutamiento de personal;
- iv. Capacitación y evaluación.

E3) Implementación operativa del estudio:

- i. Proceso de recolección de información primaria de campo;
- ii. Supervisión de la labor de levantamiento de la información y control de calidad;
- iii. Compilación y sistematización de la información cualitativa;
- v. Compilación y sistematización de la información cuantitativa.

E4) Análisis de información:

- i. Identificación y análisis cualitativo de los resultados de campo.
- ii. Construcción y limpieza de base de datos;
- iii. Estimación de indicadores;
- vi. Elaboración del informe final del estudio.

La ejecución del trabajo de campo cualitativo y cuantitativo responde al siguiente enfoque metodológico:

4.1. Enfoque Cualitativo

El método cualitativo se basa en la análisis, identificación y descripción de los sentires, conocimientos/saberes y prácticas en Salud Sexual y Reproductiva a lo largo de las diferentes etapas de la vida de la población objetivo; de tal manera que se pudo tener claridades acerca, no solo, de lo “qué piensan estas”, sino principalmente de los “por qué piensan así”. En ese marco, el estudio se basa en la experiencia vivida de los actores (que sin lugar a dudas trascenderá en diferentes percepciones y necesidades sociales) de acuerdo a su edad y lugar de residencias, enfocándose en comprender y profundizar fenómenos sociales que hacen a las representaciones sociales de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida.

Las técnicas cualitativas, que son los procedimientos que se eligieron para recolectar información primaria, fueron los grupos focales y las entrevistas a informante clave.

Entrevista en grupo focal

Se aplicó utilizando un cuestionario semi estructurado, a partir de preguntas generadoras, abiertas, guiadas y de confrontación que permitieron esclarecer los sentires, conocimientos/saberes y prácticas en salud de la mujeres a lo largo de su vida, priorizando los aspectos más relevantes esbozados en el campo de acción, pues tratar de abarcar “todos” los aspectos relacionados con las percepciones sociales de las mujeres en torno al proceso Salud/Enfermedad/Atención requeriría de un esfuerzo investigativo de mayor envergadura en tiempo y recursos.

La población objeto de estudio para los grupos focales fueron mujeres de las localidades identificadas, de estratos sociales, medios a bajos, agrupadas para contestar a los instrumentos desarrollados.

Los factores diferenciadores para la selección de las participantes fueron principalmente, la edad (grupos etarios entre adolescencia, juventud, madurez y adultez mayor), y su condición de maternidad y tipo de empleo formal o informal y desempleo.

Se organizaron y desarrollaron 12 espacios de reflexión (6 grupos focales 6 talleres interactivos), los primeros reflexionando sobre las variables de análisis sobre percepciones, conocimientos y saberes, y sus expectativas sobre salud sexual y reproductiva y los otros consideraron las demandas, valoraciones y reacciones a situaciones relativas a temas de salud sexual y reproductiva.

De los 12 espacios, 4 se realizaron en el departamento de La Paz, 4 en el departamento de Cochabamba y 4 en el departamento de Santa Cruz de la Sierra.

Los factores unificadores fueron las mujeres representantes poblacionales de las localidades, de estratos medios y bajos, en un rango de edad entre 15 y 60 años.

En el cuadro a continuación se puede apreciar a detalle las características de la población participantes de los espacios organizados, recuperada en cada sesión.

Cuadro 1. Muestra ejecutada grupos focales y talleres

Área de intervención	Fecha del taller	Lugar del taller y Grupo Focal	Adolescentes y jóvenes	Mujeres adultas	Mujeres adultas mayores	Total
La Paz	27/07/22	CIES	2	2	1	5
La Paz	27/07/22	CIES	2	2	0	4
Patacamaya	28/07/22	GAM Patacamaya	3	2	2	7
Patacamaya	28/07/22	GAM Patacamaya	2	2	1	5
Cochabamba	08/08/22	Parroquia Sagrada Familia (Colcapirhua)	1	4	1	6
Cochabamba	08/08/22	Parroquia Sagrada Familia (Colcapirhua)	1	5	1	7
Quillacollo	09/08/22	Parroquia Sagrada Familia (Colcapirhua)	1	4	1	6
Quillacollo	09/08/22	Parroquia Sagrada Familia (Colcapirhua)	2	4	1	7
La Guardia	11/08/22	Oficina de Asesoría Mujeres indígenas La Guardia.	2	3	1	6
La Guardia	11/08/22	Oficina de Asesoría Mujeres indígenas La Guardia.	1	2	1	4
Santa Cruz	12/08/22	CIES, La Ramada	1	1	2	4
Santa Cruz	12/08/22	CIES, La Ramada	1	1	2	4
Total			19	32	14	65

Fuente: 365-AID

Entrevista a informantes clave

Se aplicó mediante un cuestionario estructurado abierto, previa realización de los grupos focales, a objeto de orientar los intereses del estudio con ayuda de los y las informantes clave; y para contrastar la información de los resultados más importantes de los grupos focales, de tal manera que desde su experiencia se complemente los resultados de los grupos focales, complementando los resultados obtenidos y contrastando fuentes; cumpliendo con principios metodológicos del enfoque cualitativo.

Esta técnica se aplicó a expertos nacionales en la salud de las mujeres y en especial a aquellos vinculados laboralmente con temas de Salud Sexual y Reproductiva. El diseño metodológico aprobado propuso 5 informantes clave para la realización de entrevistas de profundidad aplicando el “Instrumento exploratorio 1 para informantes clave”.

A través de contacto telefónico, se realizó la presentación del equipo consultor y el objetivo general de la consultoría, procediendo a solicitar su consentimiento voluntario para participar de la entrevista a profundidad acordando un día y horario específico, estimando un periodo de 45 minutos como mínimo para el desarrollo de la actividad.

A manera de mantener la transparencia en los objetivos y alcance de la actividad (entrevista), se compartió con antelación el “Instrumento exploratorio 1” a cada informante clave.

Cuadro 2. Entrevistas con informantes clave realizadas

N°	INSTITUCIÓN	CARGO	NOMBRE DEL INFORMANTE CLAVE	FECHA DE RELIZACIÓN DE LA ENTREVISTA
1	UNFPA	Ex oficial nacional de salud sexual y reproductiva y derechos	Alberto Castro André	21 julio de 2022
2	MEDICOS DEL MUNDO	Coordinadora de programas	Susy Vargas Torrez	18 de agosto de 2022
3	SOCIEDAD PACEÑA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	Ex Presidente	Rubén Costa Benavides	22 de agosto de 2022
4	MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES	Responsable Componente Salud Materna del Área del Continuo de la Atención	Franco Espada Flores	22 de agosto de 2022
5	MARIE STOPES	Coordinador General	Dr. Christian Espíndola	24 de agosto de 2022

Fuente: 365-AID

4.2. Enfoque Cuantitativo

El método cuantitativo se basa en la investigación científico estadística, donde se recolecta y estructura la información de la población objetivo, para el presente estudio mujeres entre 15 y 60 años con enfoque generacional, de tal manera que cumpla con las condiciones requeridas para el análisis de los objetivos del estudio, las informantes fueron elegidas por cuotas, de tal manera que se tenga representatividad por grupos etarios.

El perfil de las encuestadoras, responde a mujeres adultas con vasta experiencia en encuestas cara a cara y manejo de aplicativos, para cada departamento se contrató a 2 encuestadoras, la estrategia de operativo contempló realizar el levantamiento de información en 10 días hábiles, los primeros 6 días se realizó la encuesta en ciudad capital y los últimos 4 días se desplazaron a las ciudades intermedias, para culminar el operativo.

El tamaño de la muestra propuesta y ejecutada por grupos de edad se refleja en el siguiente cuadro:

Cuadro 3. Cobertura de la Muestra

CIUDAD	Tamaño muestra	15 a 19 años	20 a 25 años	26 a 35 años	36 a 50 años	51 a 60 años	Muestra Efectiva	Cobertura de la muestra
Cochabamba	150	24	30	40	42	18	154	103%
Quillacollo	100	16	19	25	34	12	106	106%
La Paz	150	24	27	43	43	18	155	103%
Patacamaya	100	16	18	27	31	13	105	105%
Santa Cruz	150	24	27	39	43	18	151	101%
Montero	100	21	18	27	28	12	106	106%
Total	750	125	139	201	221	91	777	104%

Fuente: 365-AID

El operativo se realizó del 1ro al 12 de agosto, se seleccionaron lugares que aglutinen mujeres y que puedan encuestarse a mujeres de diferentes edades y estratos socioeconómico, los lugares donde se realizaron las encuestas son los siguientes:

- Clínicas CIES
- Instalaciones del SEDEM
- Filas del Banco Unión
- Filas de SEGIP
- Filas del SIRESE
- Instalaciones de universidades e institutos
- Mercados populares
- Colegios para captar estudiantes mujeres en el rango de 15 a 17 años (previa coordinación con el director)

El diseño del contenido temático de la encuesta se basa en el análisis de contenido del cuestionario empleado en la Encuesta de Fecundidad 2018¹ realizada por el Instituto Nacional de Estadística de España, utilizando recomendaciones y guías metodológicas para estadísticas con perspectiva de género y la comparación con el cuestionario Generations and Gender Survey (GGG)², que es un proyecto que nace el 2004 en la Comisión Económica para Europa de Naciones Unidas (UNECE), uno de los principales objetivos es el “centrar la atención en los cambios en la actitud y en la calidad de vida de las distintas generaciones y en las relaciones de género”, en América Latina solamente Argentina y Uruguay se encuentran desarrollando este tipo de encuestas tomando la metodología planteada por GGS.

5. RESULTADOS

Con el objetivo de conocer y dar cuenta de los sentires de las mujeres en temas de salud sexual y reproductiva se pusieron en ejecución un conjunto de metodologías tanto cualitativas, como cuantitativas con el propósito de profundizar la mirada y análisis de las necesidades de las mujeres en temas de salud sexual y reproductiva, concediendo el valor necesario a la perspectiva de las propias mujeres y a la vez, ejerciendo riguroso control de aspectos de enfoque y metodológicos empíricos que sustentan la construcción de los datos.

De forma operativa y para brindar fluidez a la recuperación de información, estos temas de interés de las mujeres, se trabajaron en diferentes ámbitos que consideramos hacen a los sentires de las mujeres, como sus percepciones, reacciones, expectativas, demandas,

¹ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de fecundidad 2018. Disponible en: https://www.ine.es/metodologia/t20/fecundidad2018_cues_mujer.pdf.

² Generations and GenderSurvey Questionnaire. Generations and Gender Programme. 2015. Disponible en: https://www.ggp-i.org/wp-content/uploads/2017/08/GGS_Qre_Full_v2_7.pdf.

además de sus valoraciones sobre distintos temas relacionados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, asociado a contextos específicos definidos como los alcances del estudio, delimitado a tres espacios urbanos y otros tres, en proceso avanzado de urbanización, ambos grupos de ciudades, en los departamentos del eje central del país.

Los espacios geográficos escogidos fueron las ciudades de Nuestra Señora de La Paz (con representación de la Ciudad de El Alto) y Patacamaya, en el departamento de La Paz; las ciudades de Cochabamba y Quillacollo, en el Departamento de Cochabamba y las Ciudades de Santa Cruz de la Sierra, Montero y La Guardia en el Departamento de Santa Cruz.

5.1. Principales Resultados Cualitativos

En los estos espacios geográficos definidos se desarrollaron 12 grupos focales con mujeres de diversas edades, entre adolescentes, jóvenes, adultas; con hijos o solteras y mujeres adultas mayores, todas ellas seleccionadas con criterios metodológicos de representatividad y significación, que pueden revisarse en el apartado metodológico del presente informe.

La participación de las mujeres en torno a la problemática de sus necesidades de salud sexual y reproductiva, se complementa con el aporte de expertos y expertas profesionales que actualmente se encuentran a cargo de instituciones de servicio médico especializado a las mujeres en nuestro país, y que contribuyen con experiencia a brindar un panorama completo de la problemática que viven las mujeres a lo largo de las etapas de su vida.

Las opiniones y posiciones de las mujeres consultadas y convocadas a los espacios promovidos guardan el debido cuidado de su identidad, garantizando confiabilidad de los contenidos expresados en sus aportes.

5.1.1. Expectativas de las mujeres.

En los grupos focales, del caso del municipio de la Guardia, fueron dos temas los que concentraron la atención de las mujeres de edades adolescentes, jóvenes y adultas convocadas, el primero fue el del acceso a más y mejor información sobre salud sexual y reproductiva y el segundo fue el tema de las expectativas de atención en los centros de salud, cuando se da la situación de atención de los embarazos.

En relación al acceso a la información, se señalan aspectos como la pertinencia, es decir que haya criterios para brindar información, por ejemplo, que sean de acuerdo al nivel de desarrollo de los niños y niñas, y que a medida que el niño o niña vaya creciendo se complete más esta información, tanto en las escuelas como en las demás instituciones que pueden contribuir a brindar información.

“...hablemos sobre el inicio qué es pene y qué es vagina, que los niños tanto de preescolar deberían de saber identificar esto ¿para qué? Para evitar lo que es la violencia sexual ¿no? que es malo que te toquen ahí,

que no es correcto ciertas caricias, empezar de que mi cuerpo es un tesoro lo primero. Después, bueno, eso se hace con inicial ya en el nivel básico y sobre generalmente básico ¿qué hacen los niños? se golpean en las partes, entonces el respeto que deben tener este niño y cómo es ese el aparato femenino el aparato masculino y sobre los cuidados que, como había dicho sobre la higiene que debe tener, lo principal en el nivel básico de manejar eso, a eso yo le llamo prevenir la violencia sexual. Posteriormente avanzar con lo que es la adolescencia, entonces esto sobre los métodos anticonceptivos, cómo evitar un embarazo. Además, debe ir desde primero de Secundaria, ¿no? De que ya los adolescentes sepan desde ponerse un condón y de ver todos los tipos de anticonceptivos que puede haber y es y sobre las enfermedades de transmisión sexual más que todo también es y que también ¿no? las mujercitas deberían de saber incluso ya, ya sea 14 años, digamos que haya tenido su primera experiencia sexual de que a partir de ahí tienen que hacerse en Papanicolaou. ¿no? porque ahora ya vemos estas adolescentes y demás que están con lo que es el papiloma entonces hay falta de información Y segundo o bueno tercero porque yo lo he dividido en 3 grupos, primero lo básico y secundaria y tercero, trabajar orientación con los padres porque ¿cómo podemos reforzar a nuestros hijos sino vamos a poder reforzar este en la casa? Entonces yo creo que se debería de trabajar con estas 3 poblaciones con esos 3 grupos.”

Las mujeres por lo tanto consideran que es importante que la información sea accesible desde una temprana edad, a partir de los 12 años según, manifiestan, y que debe ser la familia el espacio en el cual empiece este proceso de información para la vida que podría ser complementado por especialistas en las diferentes instituciones que apoyan la formación y cuidado de las personas en nuestra sociedad.

En cuanto a la atención del embarazo, en las reflexiones de los grupos de mujeres del municipio, se hacía un balance entre lo que significa la atención en los centros privados y en los centros públicos de salud, por otra parte, se planteaba una diferencia de percepción de la atención a la madre embarazada “primeriza”, de la madre con experiencia, es decir, que ya tuviera más de un embarazo atendido y de la madre que asistía al centro de atención con un elevado número de embarazos.

Las expectativas se relacionan con el buen trato y la comprensión de las condiciones señaladas del embarazo, por ejemplo, una mayor información y cuidado para cuando se trata de un primer embarazo, y respeto a la experiencia de la madre cuando de los otros dos casos se trata, porque las madres con más experiencia saben y conocen qué medicamentos o suplementos le son útiles y necesarios o, por el contrario, qué tipo de

medicamento le es dañino. Todo este conocimiento es desvalorizado y muchas veces anulado por el personal médico y de atención a la mujer embarazada.

En la Ciudad de Nuestra Señora de La Paz, se matizan estas mismas expectativas con asuntos relativo al tipo de información y a la planificación familiar, la necesidad de información llega a ser muy específica en el caso de las mujeres adolescentes que, por ejemplo, manifestaban que sería bueno contar con información sobre los tipos de condones masculinos, dando a entender que si bien se conoce la existencia del condón, como una de las formas más difundidas de prevención del embarazo resulta interesante para las adolescentes contar con la ventaja del conocimiento de la variedad y de las sensaciones satisfactorias que éste, puede generar en su vida sexual.

“...Que decía que tiene texturas es como con, como sé cómo lo ha explicado, pero esa era, digamos, un poco de cómo eso o ¿Cómo se puede sentir eso?...”

Sin embargo, también se manifestaba la expectativa de, además de contar con esta información más orientada al goce de la sexualidad, se debe también hacer énfasis en la perspectiva de vida que se abre ante las jóvenes adolescentes, es el caso de las expectativas de las mujeres jóvenes y adultas, que señalaban la importancia de una vida sexual responsable asociada a pensar en el futuro, y que se debe planificar el mismo, para actuar de forma responsable y libre con la sexualidad.

Por otro lado las expectativas de las mujeres con relación al acceso a la información pertinente para una vida sexual plena o para una educación sexual, está vinculado a la calidad del recurso humano destinado a brindar esa información, señalaban a ESPECIALISTAS “no siempre doctores” que deban de encargarse de este proceso, marcando con precisión la diferencia ente un personal de salud que según sus impresiones es algo menos “social”, seguramente referido al lenguaje técnico científico asociado a la explicación erudita del personal médico, sobre estos temas.

El núcleo familiar, se ve un poco desestimado para esta tarea, porque se considera que la familia trata estos temas desde un punto de vista moral, perspectiva que cuenta con una sobrecarga de inflexibilidad por el tradicional respeto que deben las hijas a los padres, y que no permite hablar con libertad a las adolescentes de estos temas al nivel y amplitud esperados, con sus padres.

Relacionado a quién debe dar esa información, está el tiempo en el cual esta información debe ser proporcionada, y muy parecido a lo que señalaban otros casos (grupos en otras regiones) la edad que se considera adecuada para empezar a informar a las mujeres es la de los doce años, pero se hace mucho énfasis de parte de las mujeres adolescentes que la promoción es un momento muy intenso que exige de parte de ellas más información.

Algo llamativo de la conversación sostenida con las mujeres de la Ciudad de Nuestra Señora de La Paz, fue la expectativa sobre información de la vida sexual luego de avanzada la edad, se manifestó desconocimiento de las mujeres adultas mayores sobre la vida sexual plena luego de la menopausia, o luego de haber pasado la etapa de su vida que ellas mismas consideran reproductiva, se señalaba marcadamente que todavía hay cosas que quieren conocer y que no están encontrando fuentes de esa información precisada por ellas.

Las mujeres adultas, también se manifestaban a favor de estas expectativas, justificando que, aun siendo mayores, consideran que hay etapas que les tocará atravesar y que necesitan la mejor información para encarar esas nuevas etapas.

Nótese que el desarrollo de la conversación a diferencia de otros espacios, mostraba una importante focalización a las necesidades de las mujeres, mostrando temas y expectativas más asociadas a su empoderamiento como mujeres, pero no por ello dejaban de lado el tema del embarazo y de la atención del personal médico y de salud, y precisamente desde esta perspectiva se entiende que las mujeres, señalaban la información de planificación familiar como un interés claro de evitar los embarazos “para ya no tener más hijos” y esta impresión generaba cuestionamiento sobre la libertad de las mujeres de decidir si quieren o no tener más hijos.

En el caso del Municipio de Patacamaya, encontramos mujeres marcadamente empoderadas por discursos culturalistas, que revaloran la visión indígena como matriz para entender los temas del desarrollo humano, y entre otros aspectos el cuidado de las mujeres y la sexualidad, generándose expectativas muy interesantes que articulan todas estas dimensiones al hablar de lo concreto de las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Una de las expectativas está bajo la forma de un cuestionamiento al “control de la natalidad”, que se identifica como parte de una acción y comprensión de la vida desde occidente (refiriéndose, como occidental a la sociedad colonial modernizante) y de las ONG. Señalando que el dar información sobre sexualidad a las niñas, crea problemas con el seno familiar, que es el núcleo comunitario, es donde se deben fortalecer estas temáticas y no en la escuela y otras instituciones, como las de salud que agreden a este núcleo familiar con la información que se le facilita y les crea problemas a los padres en el cuidado de las niñas y niños.

Estas aseveraciones, al margen de ser interesantes, discutibles y muy valorables, se matizaban con otras, particularmente, de adolescentes que sostenían que era importante contar con otro tipo de fuentes de información, que no sean los centros de salud, que los percibían como poco amigables para sus expectativas. Lo que está asociado a la mirada de las mujeres adultas y adultas mayores que, además casualmente estaban cumpliendo deberes de dirección en el municipio, señalaban como expectativa contar con la infraestructura necesaria para atender estas expectativas de las más jóvenes.

“...Muchos de, cuando hablamos de estas de estas ideas, siempre asumimos desde la teoría de los occidentales y demás, o sea, el que viene con una mirada occidental, sea prevención, promoción, no tener hijos, tener 3 así. Sin embargo, nuestras comunidades, digamos, también tiene su forma de mirar las cosas porque fomentaran tener hijitos en una edad que sea de 20 para adelante no ve siempre dicen, ya debes tener tu pareja, solito te vas a quedar así, también tienen sus miradas. Y es porque ellos han manejado de esta forma, de ver, de relacionarnos, no ve, me parece bien interesante que como países no ve, que somos en vías de desarrollo, pero sí que ha habido en ciertas épocas el control natal obligatorio, o sea, no querían que nos reproduzcamos. Hay una razón política social y esos programas que vienen también de diferentes ONG’S y todos hablan de control de natalidad, nove, entonces este bum explosivo poblacional...”

Las mujeres jóvenes del municipio manifestaban, en esta línea de las agresiones asociadas al enfoque culturalista, que la atención en salud a las mujeres embarazadas, adolescentes y jóvenes carece de información adecuada y pertinente, hay riesgos que no son conversados con las señoras por esa barrera cultural que desde la perspectiva de las mujeres se manifiesta en el maltrato y obviamente las expectativas de las señoras es que esta situación cambie completamente.

5.1.2. Demandas de las mujeres

En la ciudad de Cochabamba, se identificó una serie de demandas que tienen que ver con los servicios de los centros de salud, en particular con los servicios de educación sexual y salud sexual y reproductiva, se demanda que los centros de salud “de deban esperar la visita” para brindar la información, la realización de campañas es importante para llegar a la población en general y a las mujeres en particular. Se reconoce que se hacen campañas por parte de los centros de salud, pero las “mamás” no coinciden con esos tiempos en los que se realizan esas campañas, como resultado hay esfuerzos y recursos invertidos sin mucho impacto y llegada a las madres y mujeres y por otro lado mujeres que demandan información y que no son alcanzadas por las campañas desarrolladas.

El número de campañas desarrollado por los centros de salud, se indica, no es suficiente, porque esta descoordinación parece que se debe a la falta de consideración de los tiempos de trabajos de padres y madres de las familias, cuando se da el caso de una campaña, se desestima la participación por parte de las mujeres, porque se considera que van a ser criticadas más que informadas, por lo que la mayoría de mujeres y sus esposos deciden no asistir a los espacios de capacitación que en escasa ocasión llegan a los barrios populares.

No obstante, es una demanda sentida el “INFORMAR Y EDUCAR” con personal capacitado para enseñar a los “niños (y niñas)”. Este juicio proviene de la reflexión sobre la necesidad

identificada de formar en salud sexual y reproductiva a los niños y niñas desde los 12 años de edad con conocimientos acordes a su desarrollo y etapa con conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.

En varios espacios, pero en particular en esta ciudad parece ser una demanda muy sentida, la de cuidar a las niñas, por parte no solo de las familias, sino de las instituciones del Estado y las instituciones privadas, habida cuenta de los niveles de violencia reconocidos por las mujeres participantes de los grupos focales que se ejerce hacia las mujeres.

En el Municipio de La Guardia, las demandas identificadas por la charla sobre los diversos temas relativos al acceso y la situación de la salud, la salud sexual y la salud reproductiva, también discurre por el tema de la información institucionalizada y su alcance, además de su calidad, porque se identifica la necesidad de reeditar la consejería, como forma de acompañar a las adolescentes en su desarrollo tanto sexual, como la prevención de los embarazos adolescentes.

Muy asociado a estas demandas, está la calidad de la información, es decir, que el orientador u orientadora encargada de acompañar a las adolescentes debe ser muy calificado, ya que se da el caso que el encargado de estos temas en las escuelas a veces no es muy “informado” y “no funciona”, refiriéndose al impacto esperado de protección y cuidado de las adolescentes, por esta razón.

Se señala también una cuestión interesante que desvela una realidad de las escuelas, al constituirse las juntas escolares, se ha percibido un retroceso en las iniciativas de información hacia las adolescentes en el municipio, porque se comenta que antes de las juntas la información era más fluida que ahora. Las juntas escolares, aparentemente asumen una posición más conservadora respecto de estos temas, y han llegado a complicar la llegada de la información a las adolescentes con posiciones encubiertas en posiciones moralistas más que promotoras del conocimiento. En todo caso la demanda es hacia estas instancias que se han convertido en “medidores morales” de la comunidad educativa más que en promotoras de la enseñanza para la vida.

“...En el colegio debería de implementarse, bueno, antes había este lo que es la consejera. Hoy en día creo que en el colegio no tienen ¿no? Consejería, pero sería bueno que cada colegio tenga un personal donde pueda manejar estas cosas, donde las adolescentes tanto varones como mujeres puedan acercarse a esta persona y poder abiertamente hablar de este tema, para que prevenir estas cosas y lo primero yo creo que ese colegio el primer punto donde se puede prevenir para, bueno, yo creo que se dice que en el colegio se dan cursos como orientación sobre el tema de la educación sexual ¿Verdad? O ya no, bueno, recuerdo que sí había, bueno en realidad, si no hay es porque no han funcionado, no funciona, no funciona por una razón, tal vez porque las

personas que están nombradas en las que van a dar la orientación sexual no tienen...”

Aparentemente, esta posición intransigente, se debe a atavismos anacrónicos de formas de pensar sobre la sexualidad que reaparecen, como parte de un discurso de protección pero que sólo son estigmatizadores del nivel de necesidad que tienen las niñas y niños, adolescentes que hoy están en las escuelas. Reaparecen palabras, como sexo y tabú asociadas en los reclamos de las mujeres participantes y que son identificados en los discursos y posiciones de las escuelas actualmente, y de manera latente dentro de esas posiciones se deja de hablar de métodos anticonceptivos o de infecciones de transmisión sexual, a las que están expuestas las adolescentes, de forma más intensa en la actualidad.

Dado el caso, por ejemplo, de una infección de transmisión sexual o un embarazo adolescente, la niña se ve expuesta a la crítica de parte de sus profesores, cuando lo que debería encontrar es el apoyo a su situación y orientación adecuada, sin embargo, las mujeres participantes del grupo consideran que los maestros y maestras no están lo suficientemente preparados para encarar estos temas de una manera que cuide los derechos de las jovencitas o brindarle la información y conocimiento necesarios para su situación.

Como resultado de la discusión entre las mujeres, ellas llegaron a formular ciertas pautas que se pueden leer en calidad de demandas para una educación sexual pertinente a las necesidades de las diferentes edades de las mujeres: primero conocer el cuerpo y cuidarlo, respetarlo, cuidado de las partes íntimas de las niñas y niños, con la enseñanza de la higiene personal, cuando son adolescentes, interesa desarrollar temas de violencia sexual y métodos anticonceptivos, y “cómo evitar el embarazo”, el uso de los métodos, como el uso del condón, el cuidado de las enfermedades como el cáncer con los exámenes del Papanicolaou para las niñas y temas como el papiloma humano, y que esta formación e información sea acompañada por los padres y las instituciones, bien graduada y organizada, como señalan las mujeres.

Las y los jóvenes se entiende que han desarrollado una sexualidad distorsionada, por lo menos en el contexto de Santa Cruz, porque en el desarrollo de las reflexiones salió a colación el tema de los casos alarmantes de violencia sexual hacia las mujeres como el caso denominado “Manada”, tema que las mujeres en general atribuyen a una pésima información sumada al desarrollo de una sexualidad, distorsionada, como señalaron que no es acompañada de un diálogo franco y abierto por parte de los padres y las instituciones.

De forma complementaria, se señala que la educación sexual, debe ser tanto para varones como para mujeres, aunque hay temas de más interés para las mujeres, es necesario que la formación sea articuladora de ambos grupos que nadie se quede con dudas que ocasionen ya sea esas distorsiones que señalan las mujeres o dudas que lleguen a perjudicar a las y los jóvenes.

Con una mirada puesta en las responsabilidades del Estado, se señalaron algunas demandas puntuales que se resumen en las siguientes ideas y lineamientos, priorizar el tema de parte autoridades para encarar a nivel municipal este tema de protección a las mujeres de la violencia y particularmente de la violencia sexual, de los feminicidios, dotándose de personal capacitado en sus organismos de control, apoyo y servicio a las mujeres. Fortalecer la capacitación de los padres y madres y los centros internos de estudiantes en los colegios porque la información es superficial.

Lo que se repite constantemente en las reflexiones de las mujeres son dos espacios en los que hay que poner la mirada: la familia y la escuela, como espacios para el desarrollo de información elemental y complementaria sobre salud sexual y reproductiva. Pero también se señala el uso de redes sociales, como una potente estrategia para mejorar la llegada de la información que se brinde a las mujeres adolescentes, jóvenes y en general a todas las mujeres, que sea complementada con operadores, lo que se conoce en el mundo de las redes sociales como “community managers” capacitados y solventes para brindar un apoyo a las consultas de las usuarias de las redes.

Las demandas suman cuando se trata del tema de la atención en salud, particularmente del primer embarazo, se señaló que se considera muy poco a las jovencitas que acuden a los centros de salud y es importante que este trato mejore porque como señalan las jóvenes madres participantes, ellas optan por dejar de atenderse en el servicio público para registrarse en una clínica del sector privado en su segundo embarazo.

En la ciudad de Nuestra Señora de La Paz, las demandas fueron básicamente parecidas al resto del país, con la nota saliente sobre la sexualidad del “hombre maduro y de la mujer madura” como temas que no se hablan y que deben también ser parte de los programas de capacitación o información, son temas que despiertan el interés de las mujeres en este contexto.

Este tema, como los relacionados a otros grupos etarios, se articulan en la demanda de información, es decir, que las mujeres están demandando información en calidad de derecho, como algo que es necesario para su vida ciudadana, como mujeres. Nótese ese énfasis que recuperamos, porque no es un dato menor, el que las mujeres ahora no pidan apoyo sino exijan su derecho a la información. Y lo que complementa esta demanda es la calidad de accesibilidad libre a la información, o sea que toda información pertinente a la salud sexual y reproductiva de las mujeres debería ser gratuita.

En el municipio de Patacamaya, la demanda se articula a las posiciones críticas de las instituciones que promueven, desde su punto de vista, el control de la natalidad, por lo tanto, la demanda es abandonar esos enfoques occidentales de planificación de la familia que buscan según su visión, que las familias indígenas desaparezcan irremediablemente, las comunidades, señalan, tienen sus mecanismos propios para fomentar el crecimiento de las familias en edades pertinentes, como los 20 años de las jóvenes parejas, de controlar

los “enamoramientos” entre personas de edades marcadamente diferentes, el enfoque de la familia comunitaria es diferentes de la familia nuclear de la perspectiva occidental, la familia se apoya en la comunidad para cuidar a los más jóvenes, integrando a los adolescentes , niños y jóvenes en el trabajo agrario, etc. La demanda es revalorizar esas prácticas para contextos comunales rurales que tienen a la familia extendida como expresión del contexto en el cual se deben desarrollar las acciones de salud sexual y reproductiva, para las mujeres de las comunidades.

El testimonio de una mujer mayor en el municipio de Patacamaya se suma a la reflexión, seguro porque el intercambio de ideas le hizo resonar el tema de la violencia sufrida en los contextos de la familia comunitaria y los espacios más públicos donde el acoso sexual y en general el abuso de poder convierte a las mujeres en más vulnerables:

“... ¿Ahora mismo estoy viendo no? No solamente que hemos entrado en la política [...]. Hay siempre una [...] discriminación. Y sí, vivimos en la casa, pero en mi familia. Yo no he vivido cuando era niña cuando era joven, cuando ya era de pareja, yo no he sufrido tanto no, pero aquí he visto más sufrimiento que la política me han metido...”

En la atención a la madre gestante, la aplicación del parto humanizado, el uso de medicina tradicional para acompañar el parto y también, para temas como el aborto, las comunidades saben muy bien que hiervas son útiles para evitar la sepsis en el parto, por ejemplo, y recuperar el sentido de cuidado que las familias comunitarias tienen de los y las hijas que están bajo su cuidado.

Pero también, desnaturalizar el maltrato, porque el mismo ya es parte de las acciones cotidianas en los centros de atención a las madres gestantes, por ejemplo, cuando se trata de una mujer que accede al centro de salud con su sexto embarazo, se convierte en sujeto de ese maltrato aceptado por todos.

Finalmente, la demanda se plantea en la necesidad de contar con personal de atención en salud que tenga capacitación en antropología, interpretamos, en el sentido que la ciencia que se aplicó históricamente para conocer las formas de vida alternativas a la cultura occidental fue precisamente la antropología y que hoy en día se convierte en herramienta del manejo de la alteridad cultural en contexto multiculturales como el nuestro. Y, que las normas desarrolladas con enfoque intercultural de parto humanizado, etc. se apliquen que se apoye más la implementación de los centros de Atención Integral AIDAS, para los adolescentes, pero con esos enfoques cuando se trate de contextos de pueblos indígenas.

5.1.3. Reacciones de las mujeres

Con el propósito de generar reacciones entre las mujeres participantes de los grupos, en los diferentes espacios organizados, se motivó la participación utilizando un mecanismo proyectivo de generación de reacciones, con el uso de imágenes y relatos de situaciones

tipo, como el embarazo adolescente, la incompatibilidad sanguínea entre madre y nonato, el embarazo fuera del matrimonio y la violencia sexual asociada a la explotación sexual infantil de niñas.

Esta técnica generó las reacciones sobre ámbitos sociales, psicológicos y físicos de la salud sexual y reproductiva. A continuación, presentaremos las reacciones más sobresalientes y representativas de las discusiones y reflexiones sucedidas en los grupos focales.

En Cochabamba la imagen de la estudiante embarazada provoca solidaridad, porque es la realidad de varias de las mujeres que participan en el grupo, por un aparte son mujeres que muy jóvenes han tenido su primer embarazo y por otra son mujeres cuyas hijas han salido del colegio siendo madres, por lo tanto la reacción de potencialmente ayudarlas muestra ese lazo de identificación y reaccionan en función de la realidad que han vivido ellas mismas acompañando ya sea a sus hijas o la experiencia vivida en su caso específico.

En La Guardia, se enumeran varias reacciones probables de la sociedad hacia esa mujer joven que está embarazada en edad colegial, se recuperan conceptos como de condena, hacia la situación de la mujer que vive y experimenta un embarazo adolescente, lo que despierta la reacción de ayudarla.

Las adolescentes de La Paz, señalan que ese caso es una realidad que la viven en su propio colegio, que la avergonzaba tal situación, señalaban que les parecía bueno que las maestras trataban de apoyarla para que no deje la escuela, pero son las familias la que presionan para que salga del colegio y se ponga a trabajar. Otra vez, la solidaridad se cataliza entre las opiniones y frases de reafirmación como “es tu decisión al final de cuentas” “que les pasa a muchas”, pero una constatación contundente se manifiesta entre las opiniones de apoyo, y es que la muchacha está condenada a que se le “cierren muchas, muchas puertas”.

Patacamaya, fue donde expresiones sobre el valor de la muchacha aparecen como parte de las reacciones, sin embargo, esas expresiones también se asocian a reacciones de tristeza. Otra de las reacciones señala que la rigidez de los padres ocasiona que las adolescentes se descuiden, dicho de otra manera, que siendo muy estrictos los padres las adolescentes se ven empujadas a desdoblar esfuerzos para vivir su vida sexual plenamente, lo que ocasiona descuidos y riesgos mayores de embarazo, incluso conociendo ciertos métodos de prevención del embarazo.

En Quillacollo, la reacción de las participantes se concentra en el futuro incierto de la menor, que se manifiesta en expresiones sobre “qué pasará con sus clases”, “seguramente dejará el colegio” y “estará muy triste de no poder estudiar”, por otro lado, las reacciones se proyectan a las experiencias propias, como el hecho que, si se es mamá y estudiante seguramente, se complicará la situación, “cuando estás de hacer cosas, se está llorando [el bebé], no te dejan”

En Santa Cruz, se identifican reacciones de afirmación, al ver a la joven en situación de embarazo adolescente, señalando la valentía de la adolescente por decidir tener a su hijo, “ha madurado la chica”, pero por otro lado reacciones conservadoras se ponen de manifiesto, al ver el caso como una expresión de la libertad exagerada que se da a los hijos en general, la falta de valores que se enseña en las familias a los hijos.

Para recuperar las reacciones sobre una condición médica relacionada al cuidado de la gestación se propuso una lámina que mostraba la condición de incompatibilidad sanguínea, las diferentes opiniones sobre esta situación muestran reacciones interesantes que revelan los niveles de conocimiento respecto de estos temas un poco más especializados que los tradicionales relacionados al cuidado del embarazo.

En Cochabamba, se desconocía la situación, sin embargo, alguna de las señoras manifestaba que había escuchado de un caso en el que se enteró que le debían cambiar la sangre al bebé, pero esta situación no cobraba mucho sentido en su opinión.

La Guardia es el espacio donde se reaccionó haber vivido esta experiencia personalmente con la familia de una participante que comentó de la transfusión de sangre a tres bebés de su familia, pero también se manifiestan reacciones totalmente equivocadas que generan expectativas, como preguntar si los niños nacen sin sangre, aspecto que se aclaró con la participación de la primera participante.

En La Paz, se conoce, pero muy poco, otra vez son de oídas las nociones sobre la existencia de esta condición, pero en general el desconocimiento es la regla y por consiguiente la necesidad de información, de parte de los servicios de salud.

Entre las mujeres de Patacamaya, se reacciona con igual asombro por el desconocimiento, pero entre las asistentes, una joven manifiesta conocer tal situación y señala algunas características de los riesgos que conlleva la condición tanto para la vida de la madre como para el neonato, con lo que varias de las asistentes se sienten un tanto sorprendidas que en sus embarazos no se les haya informado de esta potencial situación que afecta a los embarazos.

En el municipio de Quillacollo, las mujeres desconocen totalmente esta condición, señalan no haberse percatado siquiera de esta posibilidad en sus procesos de gestación, a tal punto que desconocen el tipo o grupo sanguíneo de ellas mismas, en el momento de la realización del grupo focal.

En Santa Cruz, una participante señala conocer la situación no por experiencia propia sino porque conocía sobre el tema y señala los riesgos de un embarazo con incompatibilidad sanguínea, pero no muestra claridad sobre sus posibles tratamientos, haciendo énfasis en la gravedad del problema. El resto de participantes convienen en afirmar que desconocían la gravedad de la situación. Reclamos como “no nos informan eso” y “nadie nos dijo” aparecen entre sus reacciones.

Otra de las imágenes que generó muchas reacciones y que por lo diverso de los comentarios fue guiada hacia la reflexión de la adecuada salud sexual y mental de las personas y parejas, fue la imagen que mostraba una pareja constituida, pero con una tercera participante de esa relación con un embarazo avanzado, claramente no deseado por su existencia fuera de la legitimación de una pareja ya establecida.

En el caso de Cochabamba, esta imagen generó reacciones muy variadas, desde reclamaciones a la conducta inmadura de los hombres en las parejas constituidas a reflexiones de por qué suceden esas relaciones extramaritales, algunas de las ideas generadas en reacción fueron “tiene [el hombre] que hacerse cargo de las dos wawas”, “van a ser infelices los tres”, “tal vez se casado por obligación y queriéndole a la otra mujer” la idea de una vida complicada y falta de tranquilidad es una tendencia, sin embargo, resulta ser muy común en su imaginario, y las reacciones se entienden en la línea de asumir la situación y vivir con ella, un sentido muy práctico de la vida que recae en las mujeres, y que tal vez las afecta tanto como su capacidad de resiliencia lo permite.

Por otro lado, se pone de manifiesta la reacción sobre la desvalorización que hoy tiene una relación sentimental, que solo se concentra en la relación sexual y no en la profundización de los sentimientos, reacciones tales como “no hablarán” “no le querrá” se manifiestan para tratar de dar un sentido a la realidad que es de la vida cotidiana de las mujeres.

En el grupo del municipio de La Guardia, es evidente que todas las reacciones son de condena contra la actitud del varón, que por otro lado se manifiesta como un común denominador de la conducta sexual de los varones, y hay reacciones relativas a que esa es la condición causante de la transmisión de enfermedades infecciosas (ITS).

En La Paz, la reacción de las mujeres es parecida a las de Cochabamba, con otro bebé en camino, la situación se complica para la pareja, y aunque esta situación enoja, aparentemente, se piensa que hay que aceptarlo. Varias mujeres señalan que conocen de casos reales en sus barrios, y que saben de casos de personas, varones que inclusive superan las dos mujeres con las cuales han llegado a tener hijos.

Nociones como “Machismo” se utilizan para reaccionar ante la situación, y preguntas sobre lo difícil que es mantener a una familia y lo complicado que resultaría mantener a dos o tres hijos fuera del matrimonio se hacen entre las participantes del grupo. Este tema genera reacciones diversas, que relacionándolas con la salud mental de las mujeres otra vez se pone de manifiesto la capacidad de las ellas de asumirlo, sobrellevando inclusive la gravedad y el stress que significa la defraudación de las construcciones que se dan entre una pareja y que causan de seguro malestar para la salud mental de la vida en pareja.

Otra reacción es la asociación entre educación sexual y educación en valores, que se pone de manifiesto al reflexionar la situación, por las enfermedades de transmisión sexual, que además podrían estar afectando al niño no nacido.

En el municipio de Patacamaya, las reacciones son de enojo, de rechazo y de asegurar que eso pasa en las ciudades, pero con una menor proporción en el municipio. Se señala que una característica de la zona que contribuye a que se dé esta situación es que hay una gran cantidad de población de paso, al tratarse de una ruta internacional, personas extranjeras, principalmente peruanas en tránsito, tienen esta condición de varias relaciones en diferentes lugares.

En el municipio de Quillacollo, tanto como en la ciudad de Santa Cruz se asocia la situación con la de una novela de la televisión, mostrando que resulta, como normalizado, que es más común de lo que se cree; se manifiesta que la normalidad de esta situación es abrumadora, es “demasiado común”.

Cuando se muestra la gráfica sobre las Infecciones de transmisión sexual, (ITS) en adolescentes, las reacciones, en el caso de Cochabamba, son “Falta de información” y “sufrimiento que se pudo evitar”. En la Guardia, reaccionan aclarando que haya infecciones entre adolescentes, pero no de transmisión sexual, sino de infecciones del tracto urinario en las mujeres que son bastante comunes.

En La Paz, las propias adolescentes señalan conocer casos entre sus compañeros y compañeras, pero manifiestan que hay “vergüenza” de ir a un ginecólogo con ese problema y la ayuda y apoyo que buscan se da entre los pares, que coadyuvan con información de las redes sociales y algunas medidas que para nada son médicas. Otras participantes mayores reaccionan que al final hay que contar con los padres porque las infecciones pueden llegar a profundizarse y representan gastos grandes de dinero que pueden evitarse perdiendo la vergüenza.

Cobra sentido a partir de las reacciones, el concepto de orientación, dado el caso de una persona, requiere que la orienten a un lugar adecuado para solucionar su problema, esa noción aparece como una reacción solidaria a partir de la reflexión conjunta.

En Patacamaya se habla del total desconocimiento de los métodos que previenen estas infecciones, que son los “métodos de barrera” los que podían haber salvado de contagiarse de una Infección de Transmisión Sexual. La reacción es muy parecida a la de las mujeres de Quillacollo que manifiestan que el uso del condón es la manera de protegerse.

En Santa Cruz, la reacción señala la intensidad con la que los adolescentes están teniendo relaciones sexuales actualmente, “hay mucha enfermedad entre adolescentes”, muy probablemente no solo se trate de infecciones de transmisión sexual, pero claramente se las debe considerar. Otras participantes señalan que los adolescentes y los jóvenes hoy toman las relaciones sexuales “a chiste” y no se cuidan.

Finalmente se mostró la situación de la explotación sexual infantil, y un testimonio grabado cuya fuente es un reportaje de radio difundido a nivel internacional sobre la problemática señalada, en nuestro país, circunscrito al caso de la Ciudad de El Alto.

Las reacciones fueron en su mayoría de rechazo y de identificación de la problemática en sus contextos locales, con lo que validaron la actualidad de la problemática y sus connotaciones con relación a los derechos sexuales y reproductivos violados en el caso de las niñas obligadas a este tipo de explotación.

En Cochabamba, las reacciones se orientaron a la necesidad del cuidado de los niños y niñas, especialmente, por parte de los padres y madres, manifestando la necesidad de crear mecanismos tales como los de las “palabras clave”, para reconocer e identificar a las personas que pasan a las escuelas a recoger a las niñas y niños para llevarlos a sus domicilios.

En el caso de La Guardia, la reacción fue de confirmación, que es evidente que se pierden niñas, casos cuya resolución no es rápida y muchas veces no encuentran resolución. Al tratarse de municipios menos urbanizados de características más rurales y de pueblos originarios, señalan que el valor de la vida se va diluyendo en un contexto de pobreza, a tal grado que se señaló la existencia de “transacciones de niñas por ganado”, niñas que son víctimas de esta explotación sexual, estas comunidades son las que reportan, señalan, los embarazos adolescentes e infantiles más evidentes. “niñas de 13 y 15 años ya están embarazadas” y señalan que esta es una de las condiciones de la violencia hacia las mujeres “... entonces esto puede ser la escalada de la violencia si [la vida de las niñas] no vale una mierda”.

En La Paz, se pone de manifiesto la misma reacción, “no es un invento”, “incluso niñas de 10 años desaparecen” la reacción es de reclamo sobre la falta de acción e información para saber proteger a las niñas. Otras reacciones muestran una tremenda realidad que, se expresa en la necesidad económica tan apremiante que obliga a jóvenes en condición de calle a trabajar sexualmente para mantenerse ellas y sus dependientes.

En el municipio de Patacamaya, la proposición del tema, gatilla el testimonio de una participante que vivió en persona un intento de rapto seguramente con fines de explotación sexual, relato que genera solidaridad y alarma entre las demás participantes,

“... Más o menos febrero yo estaba subiendo del teleférico amarillo para hacer un trámite [...] un sujeto me mira y me dice: Usted quiere trabajar y yo calladita, le digo ¿de qué? me dice, en cafetería, y me dice Alexander Coffee, te puedo buscar un puesto de mesera y le dije, no, no gracias a bien así me hizo la conversación y me empezó a perseguir hasta la Ceja. Y de la ceja, entonces yo le dije nada [...] me despedí y me fui muy rápido de miedo [...] A lo que veo es que en la Ceja me vuelve a captar. Y le veo caminando y me asusta. Y estaba muy asustada y les llamo a mis hermanos, les cuento que me estaba pasando, me estaba persiguiendo. – Este – vengan a recogerme,

entonces yo esperé en un punto de llamada a que me recojan. Eso me pasó reciente...”.

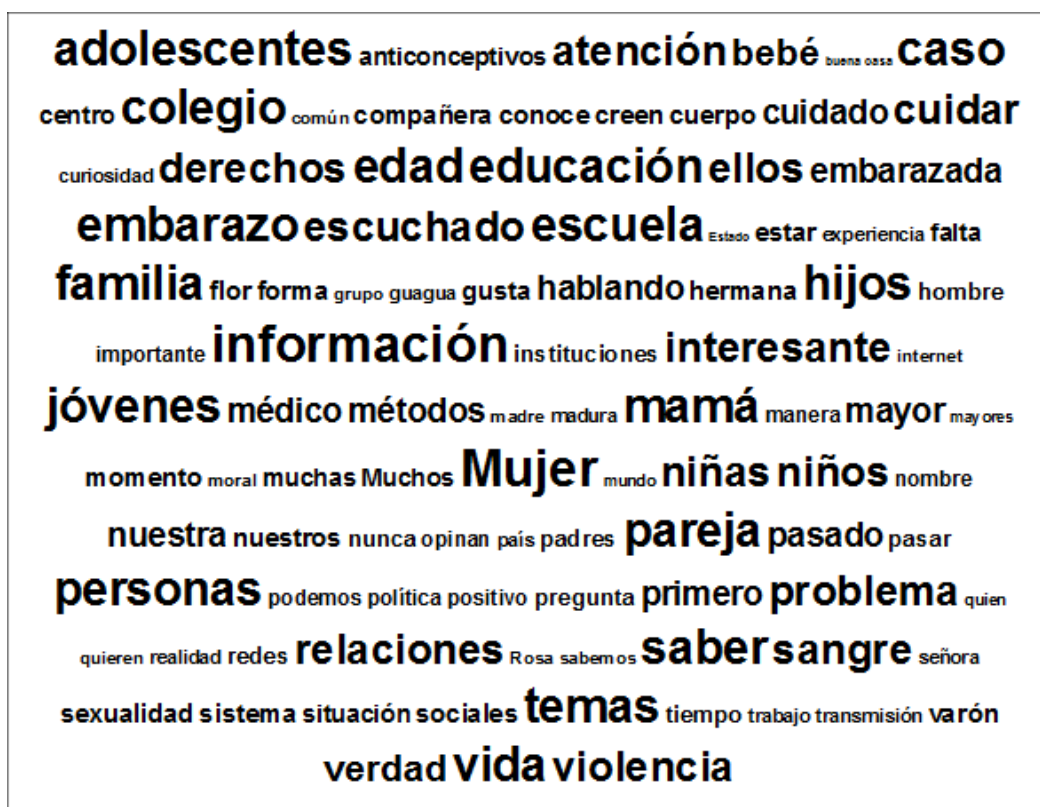
Las reacciones son variadas focalizadas en los “cuidados que se debe tener en la presencia en las redes sociales”, de “cuidarse mutuamente entre amigas”, de “desconfiar de los anuncios de oferta de trabajo de alto ingreso por tareas sencillas”, etc.

En Quillacollo, la reacción más marcada es la de darle la confianza suficiente a las niñas para pedir ayuda que no permitan a nadie que las calle “no hay que callarse”. En Santa Cruz, se vuelven a las reacciones de conformación sobre la dura realidad existente de perdida de niñas y niños, asociada a la explotación sexual infantil y a la comercialización de órganos y de la presencia de redes internacionales que llevan al extranjero a las menores raptadas. Estos comentarios, van más en la línea de reacción a la situación, sumándose solidariamente a la problemática. Pero lo que se rescata de todas las reacciones al respecto es que esta problemática que tiene varias aristas, está convirtiéndose en un tema de agenda de los derechos sexuales y reproductivos, que exige de acciones más coordinadas entre las instituciones de formación, prevención y castigo a la explotación sexual infantil.

5.1.4. Percepciones de las mujeres

Las percepciones que hemos recuperado de las mujeres sobre los temas propuestos, relacionados a la salud sexual y reproductiva, en los diferentes grupos focales, nos señalan un conjunto de temas interesantes que fueron objeto de las reflexiones. Una aproximación gráfica a estos temas se puede ver en el siguiente gráfico que nos muestra en una nube de palabras, las más repetidas en todas las conversaciones sostenidas, de un total de 4848 en 12 grupos organizados en 3 municipios y 3 ciudades capitales del país.

Gráfico 1: Nube de palabras sobre percepciones de las mujeres participantes de los grupos focales.



Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Se destaca en la observación de la nube de palabras, la importancia que tiene la categoría de INFORMACIÓN, MUJER, ADOLESCENTES, EDUCACIÓN, EDAD, DERECHOS, HIJOS, FAMILIA, VIDA, VIOLENCIA, PROBLEMA, CASO, COLEGIO, ATENCIÓN, EMBARAZO, ESCUCHADO, ESCUELA, MAMÁ, TEMAS, SABER, RELACIONES, y otras categorías que nos servirán para la exploración de las percepciones de las mujeres sobre la Salud sexual y reproductiva, por cada espacio geográfico.

Durante el desarrollo del grupo focal de la ciudad de Cochabamba, las percepciones sobre salud sexual y reproductiva mantenían la idea general de información sobre las relaciones sexuales, el cuidado del embarazo y la contracepción, y una de las ideas instaladas al respecto es que quién debe ser consultado para satisfacer esta necesidad de información es un personal médico especializado, que generalmente se encuentra en los servicios de salud.

La otra percepción al respecto es que la información debería brindarse lo antes posible a los jóvenes y adolescentes, incluso a los niños y niñas, a través de los medios institucionales, como la escuela, con la participación de personal capacitado, hay instalada la percepción de que un psicólogo sería el más indicado para hacerlo, porque los adolescentes y jóvenes hoy por hoy, según las participantes, “todo lo saben” sostienen esta

percepción por la instalación que hay en el actual contexto de los medios de información; como las radios y la televisión, y canales de información; como las redes sociales, que eran difíciles de conseguir para las generaciones pasadas.

“...También. Cuando era joven yo no sabía de eso en colegio, cuando he venido aquí recién...”

“...Cuándo le hablamos a los hijos cuando están en la adolescencia están metidos en otras informaciones, todo ya sabemos dicen...”

Otra percepción bien instalada en la conciencia colectiva es el trato de mujer a mujer como el más adecuado para tratar estos temas, pero inclusive sea varón quien hable a las adolescentes, es mejor que “se hable a que no se hable” porque las mamás muchas veces carecen de la información adecuada y pertinente a las necesidades de información de los hijos e hijas.

Las mujeres adultas manifiestan un acceso a la información asociada a su propia experiencia, vale decir que recién cuando tuvieron que pasar por la experiencia de ser madres se enteraron de temas que hacen a la salud sexual y reproductiva, por lo que se instala una asociación entre maternidad, salud sexual reproductiva, contracepción y educación sexual, o sea, todo a través del hecho del embarazo como hecho de habilitación para hablar y tratar el tema de la vida sexual y por lo tanto de la salud sexual.

“...En mi caso tuve muy joven mi bebé, bueno a mí nunca nadie me habló y como le dije cuando era joven no sabía de esto, pero yo tuve a mi hija, la mayor, joven a los 20 años Primera hijita y después de eso a los 2 años y medio la otra, después seguiditos y muchas cosas han pasado [...] me estaba cuidando natural, pero no me estaba informado con qué cuidarme y trataba de evitar tener relaciones, a veces cuando he ido al médico. ¿Por qué tantos hijos? Y no te explican con qué te puedes cuidar o cómo podría ayudarte. Simplemente te riñen ¿Por qué no te has cuidado? ¿o no sabes? para no tener hay que leer, así me ha reñido y no quería atenderme, ¿Eso qué es?, así me ha botado, Por eso me he ido hasta particular [médico] No quería atender en el hospital...”

Este testimonio, no sólo muestra que el embarazo fue la primera oportunidad que tuvieron las mujeres adultas de acceder a información, pero en una circunstancia no tan adecuada para asimilar o aprovechar la misma, por el hecho que las mujeres, en esta situación buscan soluciones a su situación no sólo información.

Sin embargo, la información recibida es apropiada a través de las redes de comprensión concretas que tienen las mujeres, tamizadas por el sentido práctico desarrollado en la vida con sus parejas, de ahí que otros testimonios señalan que cualquier información relevante

o no, queda corta ante la situación que ellas como mujeres deben enfrentar en la relación con sus parejas:

Mujer 1.- "...por ejemplo a mí me chantajeaba, si no me das vos yo voy a ir a la calle, o sea, no, me voy a divorciar de vos así, te voy a dejar por otra.

Mujer 2.- "Por eso hay muchas mamás para que no le deje el marido tiene que hacer no más y después tener otra vez no más y después la que sufre es, [somos] nosotras, pues siempre había otra. ¿Por qué se hacen chantajear con el marido? Con dos hijos ya se puede, pero no se puede mucho ya con tres pues, no se puede dar cuenta le gusta sufrir. Y hacerse obligar y así ¿Si quiere irse, que se vaya?"

En el municipio de La guardia el espacio de charla abierta, sobre lo que percibían las mujeres en torno a los temas que para ellas son tocantes a la salud sexual y reproductiva, recupera parte del contenido del esquema de la nube de palabras, el tema de DERECHOS sexuales y libertades sexuales aparece con mayor relevancia, habida cuenta del contexto territorial. Pero temas como MUJER, EMBARAZO, ADOLESCENTE MADRES y RELACIONES son recurrentes como en el caso anterior.

Para las mujeres en este municipio, los espacios obligados de consulta son los centros médicos, y los colegios, destinados tanto a las mujeres en gestación, como a las adolescentes. Las personas y espacios a los cuales es preciso acudir para buscar información por lo tanto son las campañas de salud, los maestros, en particular los de biología, según afirman las adolescentes y los padres y madres de las familias.

Hay una fuerte presencia junto a estas fuentes de información de las redes sociales o canales informativos masivos entre las más jóvenes, las adolescentes y las jóvenes manifiestan conocer series que tratan estos temas al estilo de la puesta en escena de casos de la vida real, o acciones de difusión de contenidos con dramas personales en redes como el contenido de "BADABUM" al cual casi todas las adolescentes hacen referencia:

"Generalmente eran cartas. Como bueno, anteriormente no se da mucho sobre esto de la violencia y que las mujeres denuncien ¿no? la violencia sexual, entonces las mujeres lo que hacían anteriormente eran realizar carta y mandar a estos programas, entonces estos programas los visualizaban en hechos. Generalmente eran hechos de la vida real diferente".

Por otro lado, el flujo de información que consideran relevante para sus intereses como adolescentes en temas relacionados a la salud sexual y reproductiva se da principalmente en el grupo de pares donde se comparte la experiencia de primera mano.

“Mujer 3.- ... Preguntando mediante el grupo de amigas. [...] Lo Primero ¿no? Lo primero es siempre entre mujeres del grupo, se cuentan cosas o sale una cosa y entre comentar, considero que después, una vez que ya la persona tenga actividad sexual, la práctica ¿no? [...] Mujer 6.- Preguntar a la más sabia”.

Cuando se ahonda de la información que se recibe de los padres, está claro que se relativiza el tipo de relación construida de los padres a los hijos, donde la clave es la confianza construida por los padres y madres, para compartir información relevante a la problemática de la salud sexual y reproductivas de las hijas.

“Mujer 8: Considero, para empezar, creo que lo primero es, mantengo mi posición, que es muy depende. A la forma de educación que hayan tenido los padres, obviamente que anteriormente era pues un poquito, había ciertos tabús al hablar de sexualidad con los padres. En lo personal hubiera sido pues ideal que me digan si tienes tu primera relación sexual avísame para que inmediatamente, no quedes de encargo ni quedes embarazada, puede ser, entonces, obviamente que no había tal”.

Como se puede ver el tema del embarazo es el que convoca a discutir los temas de salud sexual o libertad sexual o educación sexual, ya sea por el temor a que una adolescente resulta embarazada tempranamente, o por la problemática que se abre con la atención en salud reproductiva, con la atención al embarazo. El siguiente testimonio nos ilustra esta situación.

“Mujer 2.- Incluso ahora ¿no? hay todavía estas cosas, pero considero que lo real debería de ser en el caso de las mamás de que hablemos abiertamente con nuestras hijas más que todo cuando una puede quedar embarazada y considero ¿no? si tienen la actividad sexual a partir de los 13, 14 años ya nosotras como madres, llevarlas a un centro y hacerles poner un dispositivo, no para que tengas sexo abiertamente, sino para qué fueron, calzón de castidad no les podemos poner pero, sí podemos prevenir embarazos a temprana edad, entonces o cuando ella ya sea lo suficientemente madura para, bueno, decir, este, –ya no quiero cuidarme, quiero tener familia– esto pero lamentablemente no hay esa confianza aún, puede ser, [...] pero lo ideal sería eso que venga de la familia.”

Desde el punto de vista de las adolescentes estos temas hoy en el día son “*más tabú de los adultos que de los jóvenes*”. Muchos otros nuevos temas y percepciones son asumidas por los adolescentes con mayor apertura, por ejemplo, el hecho que las comunidades LGBT,

actualmente han logrado un reconocimiento social, se han constituido como actores sociales que para las adolescentes les es inclusive algo intrascendente.

“Considero que, quién sabe ¿no? a partir de nuestra generación lo vamos a ver como algo normal, pero por ende siempre van a ver este el otro lado. Como todavía quedan nuestros padres, tíos y demás que van a seguir satanizando y viendo como algo anormal porque siempre ponen de por medio el moralismo y demás. En lo personal, yo siempre desde colegio he sido bastante abierta en este tema”.

Y el otro gran eje de percepciones es, como dijimos, el embarazo que, para mujeres adultas e incluso jóvenes madres resulta casi “traumático” por el maltrato de los servicios de salud, esta percepción está asociada al embarazo adolescente, y a la primera experiencia de embarazo, comparando realidades parece ser que esta combinación desata una serie de tratos que son inclusive discriminatorios y faltos de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

“... entonces, cuando iba a hacerme mis controles me decían cosas feas, que te duele, que te quejas y siempre ha sido y entonces yo no iba, yo no iba a los controles, nunca fui a los controles fui unas dos veces me trataron mal y de ahí todo mi embarazo no fui ahí así que, para el peso saludable, lleve mi control registro, tuve a mi hija en un hospital particular porque era menos traumático, fue así”.

Como se puede apreciar, el testimonio con sus particularidades regionales refleja la misma situación compartida en Cochabamba, sobre el trato a las madres “primerizas”, este testimonio se complementa con otro que muestra un abuso cometido por personal médico que linda en la mala práctica, inclusive las atenuantes que pueden ser consideradas para el análisis del caso.

“Mujer 7: Yo no tenía embarazos seguidos, pero sí tuve una prima que tenía sus hijos seguido. y en el centro el doctor la trataba ¿no? Porque sus hijos eran seguidos y hasta que la ¿Qué se dice? la hicieron la operación para que ya no tenga. Facilitador: Ligadura de trompa. Mujer 7: Ellos sí... sí, sin consentimiento de ella. Para para ya no verla más, digamos, de verdad sí que tenía hartos hijos. Ya iba por diez”. La discusión sobre este testimonio generó muchas participaciones de las mujeres, que desde el asombro y el enojo se manifestaban en favor del respeto a la decisión de las mujeres sobre su cuerpo.

“Bueno, pues ya sabes decisión de cada una, yo digo por esa parte lo que han hecho del personal de salud está mal porque mayormente se toma entre ya sea personal o entre la pareja, no sé, decidir querer cortar este, la planificación sin querer teniendo más hijos o no. Pero ya

es decisión de cada persona o de cada pareja. no ahí. Estaba mal de lo que hizo, como le hicieron a la señora que sin preguntarle le hicieron la ligadura y ella yo creo que habrá reaccionado de mala manera porque no porque no la han consultado o quizá también para ella fue una felicidad. Mujer 7.- Dice que ya le habían advertido que, si ella volvía al año siguiente porque eso sería seguido, llega al año siguiente que lo iban a hacer eso porque degenera.”

En el grupo de La Paz, las adolescentes manifiestan que están rodeadas de información, pero inclusive de esa disponibilidad amplia manifestada los embarazos adolescentes son muy comunes y recurrentes, el colegio de una de ellas, según cuenta, tiene “7 muchachas en estado de gestación”. Acciones de instituciones públicas y privadas son reconocidas en el contexto tanto de la Ciudad de El Alto como de la Ciudad de nuestra señora de La Paz. Acciones que a veces generan diferencias de opinión entre las generaciones de mujeres, por un lado, las adolescentes que buscan profundizar su información y por otro las madres que consideran que demasiada información es contraproducente, una incitación al inicio de la actividad sexual entre sus hijas.

“... y hablar de sexualidad o de eso no era, pues hablar precisamente del coito, no, era de otra información que tenían que recibir. Tienen que recibir precisamente por la edad, porque ellos ya están entrando a la pubertad. Y, muchas veces las mismas mamás o los padres de familia, nosotros somos los que aún ponemos tapujos en aquello, no queremos que se informe todavía, pero a veces no nos damos cuenta que si nosotros prohibimos eso”.

En Patacamaya, se ve que las percepciones sobre salud sexual y reproductiva se asocian a las estructuras familiares “cerradas” y fuertes de las comunidades andinas, donde el acceso a la información está mediado por los soportes, es decir, que son más valorados los espacios donde se puede hablar y se puede escuchar, que los documentos, folletos y posters que puedan llegar a las comunidades. La cultura de la oralidad y de la conversación la relación dialogal es potencialmente una alternativa para estos contextos.

Sin embargo, se presentan los mismos clivajes que ya hemos identificado en otros espacios, la diferencia generacional, con sus particularidades, pero se presenta en este contexto también, las fuentes principales de información y tratamiento de los temas de salud sexual y reproductiva asociadas a la familia y a las instituciones de salud y educación, y la gradualidad de los temas para las diferentes edades.

En el municipio de Quillacollo, las percepciones sobre salud sexual y reproductiva, en una primera parte se centran en las relaciones sexuales de las parejas, los intereses y preferencias de los miembros de las parejas, por ejemplo, que los hombres no asocian el

sexo a la reproducción y que su interés es solo la “relación coital” y el embarazo y la maternidad la dejan para la mujer.

Se señala que los varones adolescentes son los más curiosos de estos temas, y que echan mano de todo tipo de información formal o informal, los celulares y el acceso al internet está reemplazando cada vez más a las fuentes institucionales como el colegio y los centros de salud.

En cambio para las mujeres, la percepción sobre la temática es que en el embarazo se sabrán las verdades necesarias, muchas de las mujeres participantes provienen de áreas rurales más alejadas que se residen en el municipio, por lo que para ellas la experiencia de la vida en pareja resulta ser una etapa importante en sus vidas porque dejan el contexto duro de la vida rural, inclusive del abuso y acoso intrafamiliar, para aventurarse en la vida adulta inclusive a temprana edad, con el que consideran un compañero que las va a cuidar.

Sueño que se ve truncado por la vida urbanizada que exige la salida del varón a la búsqueda de trabajo y relega a la mujer en los espacios hogareños, que no necesariamente son los más cómodos y apropiados con la consecuente desintegración de la pareja por relaciones extra matrimonio y “extorsión” de la pareja por mantener las relaciones sexuales asociado al cuidado y protección.

Por otro lado, esta percepción que el embarazo habilita al acceso a la información en salud sexual y reproductiva, como vimos que ha sucedido en otros espacios, es “traumática” para las mujeres con sus primeros embarazos, y de los repetidos, a tal punto que las mujeres “sienten vergüenza” de asistir a los centros de salud, con su tercer o cuarto embarazo, y someterse a burlas del personal médico que rayan en el insulto, al querer ellas poner un alto a su situación, por ejemplo por la vía del aborto.

“... Si me ha ayudado eso que me han dicho porque para tu edad tienen cuatro o cinco hijos. Eso más bien me ha levantado, porque yo no quería tener ya. Al doctor no quiero tener este hijo quiero botar de frente le he dicho, de eso el doctor me ha dicho, no para tu marido o es para vecino, no es, para mi marido, es que la gente dice cada vez, cada vez...”.

Muchas veces el rechazo que se genera a asistir a los centros médicos por estos hechos, deriva en que las mujeres prefieran retirarse a otros contextos de más confianza como su familia para solucionar sus “dolores” relacionados con el embarazo:

“No sé, me llevaron, así a un hospital grande. Control también me decían. Primera, segunda hacia último control me daba miedo. Me dolía mi barriga ya me estaba empezando dolor de estómago. Pero no he ido al hospital, en mi casa no más me he curado. Aquí dolía he ido al campo en campo hay mi tía, le va ahí. Le ha arreglado esa sangre

que aparecido abajo. Ves así la cama le subido así he aprendido también, en una semana he tenido normal. Y todo normal. El doctor me dijo operación vas a entrar, pero después todo normal...”

Finalmente, en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, vuelven a aparecer estas nociones identificadas al principio, de necesidad de información, embarazo, adolescentes, escuelas, derechos, etc. Y los clivajes generacional y urbano rural, que marcan una percepción diferenciada de la sexualidad y de la salud sexual y reproductiva.

Las opiniones establecen el contexto de “machismo” en la sociedad cruceña, la consideración de la información pertinente como prohibida, pero una gran necesidad de esa información. Una suerte de contradicción aparente, que no puede explicarse sencillamente, sino a través de marcos de interpretación que articulen las condiciones sociales el desarrollo cultural, la exposición de problemas sociales manifiestos y que afectan la constitución de las estructuras familiares en la sociedad cruceña, como la violencia, el narcotráfico y el consumo de drogas, que cruza toda esta problemática social y humana.

“... Yo creo que no, no hay este tipo de personas, o sea yo creo que nuestra sociedad es machista, la mujer a veces no tiene ese conocimiento, por ejemplo yo en mi época, era un tabú la sexualidad, para cuidarse, yo estaba en un colegio religioso, peor todavía y ahora la juventud ve es como un escape que lo están viendo para salirse de la casa, porque hay mucho desorden familiar, en el hogar y entonces la chica queda embarazada, y el problema que tenemos la mujeres, la pareja que tengamos siempre se niega entonces uno se mira a su pareja ¿qué clase de relación es? Que quiere para la relación de ahora y para después hijos, es una injusticia[...], es algo normal ...”

Un paralelismo, relacionado a la atención en salud sexual y reproductiva se manifiesta cuando las mujeres adultas mayores participan mencionando sus condiciones de migrantes a la gran ciudad y de su realidad en las zonas rurales de santa cruz,

“Mujer 5. En el campo, imagínese no había salud, solita se tenía que salvar, no había médico, Había que ir al pueblo. Facilitador: Y la recomendación del médico es superficial. Mujer 5.- Nada más y chau, pero no hay esa explicación como ahora [en la ciudad]”.

El embarazo, es también, como en los casos anteriores una experiencia dura, para las mujeres cruceñas, que se ven expuestas a la burocratización de la atención en salud sexual y reproductiva, por parte de los centros médicos,

“Cuando me estaban atendiendo, en la sala de parto, había una mamá que estaba embarazada y tenía 8 hijos y las enfermeras le gritaban,

como no gritabas así cuando tenías relación, que se aguante ahora y es verdad y ella dijo que lo voy a tener ahora y yo miraba, como yo era mamá primeriza, a mí me ha costado tener a mi hijo, casi un día entero he estado con dolores pero ahora la verdad no me gustó para nada la atención pública porque es un asco, mi hermana, y el doctor vamos con el ginecólogo, vengase de aquí al viernes, nada, tranquilo, no, nada, vengan el domingo, no, nada, sígase y ya se pasó, meses se pasó, yo me preocupe, cuando ese día le saco ecografía, cuando llegamos, estaba bien supuestamente y el día de la internación cuando sale el doctor no ve que el bebé ya reventó la bolsa, que no tiene mucho líquido, han sacado ecografía, o sea no tienen mucha responsabilidad pues yo me asuste ¿Cómo va a decir doctor que no tiene liquido? si un día antes estaba bien”.

Estas percepciones modelan las necesidades y demandas de las mujeres, respecto a lo que esperan como expectativas de los sistemas de salud sexual y reproductiva y representan un valioso elemento de análisis y reflexión a otros niveles de toma de decisión, tanto a nivel institucional como público.

5.1.5. Evaluaciones de las mujeres

Las evaluaciones realizadas por los grupos de mujeres en los diferentes espacios geográficos, pueden resumirse en asuntos relativos al desconocimiento de las normativas relacionadas a la regulación de los sistemas de salud, por ejemplo, un parcial desconocimiento de la Norma SAFCI, y se su componente específico de atención con enfoque intercultural y de salud sexual y reproductiva.

Las mujeres han escuchado hablar de la misma, pero desconocen sus contenidos y si se trata de la. Normativa derivada, casi todas las participantes reportan un total desconocimiento. Por ejemplo, el siguiente listado de normativas nacionales y territoriales, fue valorada como información novedosa para casi la totalidad de las mujeres.

- Política y normativa nacional de salud, con énfasis en la atención y prevención de embarazo no intencional en adolescentes.
- Marco normativo-legal en salud sexual y reproductiva, Salud Materna, Atención Integral de Adolescentes (AIDA), Violencia Sexual, Sentencia Constitucional 0206/2014 e ITS-VIH/sida.
- Planificación estatal estratégica según política SAFCI y Ley 777 del SPIE.
- Política de salud familiar y comunitaria intercultural – SAFCI
- Estructuras del Sistemas de Salud, que incluyen SALMI-SIAL

El caso de los centros de atención a adolescentes AIDA, fue mencionado como conocido y en actividad en un par de municipios y ciudades, pero la relación entre sector salud y la

planificación del desarrollo a nivel territorial, por ejemplo, fueron temas totalmente nueva para las mujeres participantes. Consecuentemente, la valoración que tienen del sistema en conjunto es que hay un alto desarrollo normativo que puede llegar a ser muy interesante y útil, pero que su aplicación, como en el caso de muchas normas y leyes en el país, tiene dificultades de llegar a las necesidades de las usuarias de los sistemas de salud.

“Yo creo que el Estado ha estado trabajando con diferentes programas para eso. Pero ahorita hablando como adolescente, creo que aquí en nuestro municipio de Patacamaya. Ah nos falta un lugar, tal vez el temor de ir al hospital de preguntar tal vez el temor de que tener un lugar, un sitio solamente para adolescentes del cual puede hablar abiertamente. Por ejemplo, muchos vamos, tenemos compañeras amigas que es como un tabú que ellos no quieren hablar de eso lo ven como algo raro, como algo extraño. Y sería bueno, digamos tener un lugar para adolescentes, por ejemplo, los tenemos otro tipo de pensamiento. Es muy diferente, nosotros queremos aprender nuevas cosas, queremos aprender más cosas, a veces un poco más abiertos. Y también sería muy bueno que vamos a implementar. ¿Algo, algún tipo de proyecto que pueda esto enseñar? Entre los temas métodos anticonceptivos, por ejemplo, muchos jóvenes adolescentes están nulo de esta información, pocos conocen que es un método anticonceptivo, no muy bien, pero de nombre solo lo conoce”.

5.1.6. Conocimientos y prácticas de las mujeres

En los diferentes grupos focales, el tema de los conocimientos de las mujeres sobre temas y dimensiones de la salud sexual y reproductiva estuvo relacionado a las fuentes de ese conocimiento y a la validación de los mismos, como se entenderá estos conocimientos pueden catalogarse más como saberes que provienen de su experiencia y de la tradición oral de sus familiares y contextos sociales que de fuentes científicas, no obstante, que entre algunos de los mismos, existen conocimientos que provienen de la divulgación de resultados de investigaciones que por el alto flujo informativo parecen salidos de la sabiduría popular que de fuentes científicas, pero que también con el pasar del tiempo y el uso de esos conocimientos se han apropiado de tal forma que parecen un saber popular con base científica o son saberes que tiene un respaldo en la ciencia médica.

En Cochabamba, la relación conocimiento y fuentes conocimiento se manifestó como una tendencia a la explicación de la utilidad y popularidad de los conocimientos que manejan las mujeres, por ejemplo los temas de contracepción que van desde los más elementales que podrían asimilarse como saberes, tales como la abstinencia o la negación a tener relaciones sexuales con la pareja, por controlar el proceso de la concepción no deseada se asocia a fuentes de información que van desde los consejos familiares hasta programas radiales o televisivos de los cuales las mujeres recuperan algo cotidianamente.

“Había un programa. Es cristiano, ahí hablan de enfermedades y otros más [...] Luego hablaban de la salud...”

Sin embargo, los contenidos de esas fuentes aparentemente no son lo más contundente, porque a la pregunta de cuantos métodos anticonceptivos conocen las mujeres participantes, responden números nada continuos, por ejemplo, el número de maneras de evitar el embarazo llega a 4 en promedio de las opiniones de las participantes, entre las que se cuenta el negarse a tener relaciones sexuales con su pareja.

En el municipio de La guardia, las fuentes de información se amplían a los padres de familia, las escuelas y las campañas de salud, lo que implica las acciones de los centros de salud por fortalecer los conocimientos de las comunidades que atienden. Pero también en este caso, los de grupos de amigas y las redes sociales que hoy en día están reemplazando los grupos de confianza de las amigas se enumeran como fuentes de información y formación sobre salud sexual y reproductiva.

“Al internet si, digamos que cuando uno quiere saber algo o quiere comparar la información que tiene, saber más.” Las mujeres mayores también señalan los medios de comunicación como fuentes de sus saberes y conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, *“...Yo cuando era adolescente a ver que veía. La rosa..., no, lo que callamos las mujeres, La Rosa de Guadalupe, Como dice el dicho y esas cositas ¿no? que dan bastante información.”*

Varias mujeres adolescentes y jóvenes sostienen que esta es una de sus fuentes más recurridas,

“De consejos porque hay tipos de chicas que están en ‘Lo que callamos las mujeres’ porque ahí salen adolescentes que se oponen a su papá y su mamá y que salen a veces salen de la casa escondida o llegan a matarlas porque en ocasiones no les hacen caso a los papás porque dicen que los papás tienen su instinto para criar a los hijos, les dicen no sales porque va a pasar algo, que nosotros nos salimos por la tangente y pasa igual...”

Seguramente porque las puestas en escena recrean situaciones con las cuales las adolescentes se identifican, como la rigidez de los padres asociada a la incomprensión que perciben de sus progenitores, etc.

Las mujeres adultas, madres en algunos casos señalan que el internet es ahora una fuente de información y conocimiento, pero que su acceso es reciente,

“Bueno en mi caso, cuando era adolescente no había tanta posibilidad al internet, lo que era el internet valía veinte bolivianos tampoco había celular, ahora una adolescente puede tener acceso al y satisfacer su necesidad de información. Bueno, en ese entonces lo que yo hacía era

recabar información mediante libros; claro la biblioteca era mi internet y tenía la ventaja también de que en mi colegio había un psicólogo”.

Si el internet fue comparado por las mujeres, como biblioteca moderna, las redes sociales están equiparando el rol del grupo de amigas para compartir conocimiento relevante a sus intereses en temas de salud sexual y reproductiva, sin embargo, este espacio de conocimiento es aún bien valorado por las mujeres,

“Lo primero ¿no? Lo primero es siempre entre mujeres del grupo, se cuentan cosas o sale una cosa y entre comentar, considero que después, una vez que ya la persona tenga actividad sexual, la práctica ¿no? [...] Preguntar a la más sabia”.

Las mujeres participantes expresan en sus intervenciones muchos conocimientos, es el caso por ejemplo del uso de “ácido fólico en el embarazo”, “conocimientos graduados” que deben ser parte de una “currícula pertinente y relevante para los distintos grupos de edades en las escuelas”, etc.,

“Porque el género es una construcción social. La identidad si no vamos construyendo a partir en nuestra casa, como nos enseña a partir de nuestros de nuestra sexualidad, entonces el construir sanamente tu identidad demanda la posibilidad de que refuercen con su estima y cuando sea grande, nosotras, o sea, cuando vas creciendo, tenga cuidado con lo que decía Grace la violencia, violencia de género, porque incluso las niñas, ya desde los 13 años, cuando van enamorando, que no es, no es primero de secundaria, es antes incluso en el intermedio, las niñas ya tienen su cortejito y son violentadas por sus chicos pero lo ven como normal porque creen que así no mas ¿no? no sé por qué ella no, no han, en ese proceso de construcción de su identidad, no han resuelto, no les han dado la información necesaria, entonces son víctimas de violencia y luego empieza la cadena. Entonces para el tema del reforzar la autoestima de las niñas y niños devuelta hogar y colegio...”.

Cuando la consulta sobre conocimientos conceptuales o de forma más encasillada a los cánones del discurso académico, o que provengan de un manual, no tienen una rápida respuesta. Es el caso de las formas de evitar el embarazo, las formas varían entre una mujer y otra en rangos de 1 a 8 formas, lo que muestra una distribución desigual de los conocimientos entre las mujeres participantes.

En La Paz, se repite esta fuerte tendencia a las actividades de promoción en las escuelas barrios e instituciones que crean espacios de difusión sobre formas de prevención del embarazo y la planificación familiar, seguramente por la presencia importante de servicios

de salud e instituciones que prestan atención a las mujeres en fundaciones, ONG, y otros centros, entre los que se cita a CIES y Marie Stopes.

Los medios de comunicación también son fuentes de conocimiento importantes, vuelve a aparecer la referencia a programas proyectivos de casos de la vida real como la “Rosa de Guadalupe”, que son citados e incluso catalogados, como fuente de información seria por parte de las mujeres. A diferencia de otros programas más serios como el citado “Comunidad sexual” que es conducido por una empresa de consultores en salud sexual, sexología y psicología que tienen cabida para resolver dudas de las mujeres.

Lo curioso y paradójico es que la percepción de las propias mujeres del impacto de la información y la formación que se recibe por todas estas fuentes parece ser insuficiente, porque los casos de embarazo adolescente son recurrentes y la proverbial curiosidad de las adolescentes parece aun insatisfecha.

“Lamentablemente la información que nos proporcionan no es suficiente y en la actualidad, bueno nosotros que estamos en nuestra edad siempre necesitamos más información. Ahora la mayoría de los jóvenes ya entre los 13 a 18 años ya tienen su primera relación sexual, pero no están atentos a las enfermedades que puede ocurrir.”

Lo que se manifiesta entre las mujeres es la instalación de mensajes sobre los conceptos de salud sexual y reproductiva, *“Salud sexual es tener condiciones digamos saludables entre la pareja, entre la relación y salud reproductiva, entendí también condiciones, digamos, también saludable en cuanto digamos, para traer un nuevo ser”*. Esto nos habla de un nivel de apropiación de conocimiento, que se conjuga con los saberes prácticos, como por ejemplo como calmar un dolor, o dónde dirigirse cuando sucede algo que no podemos solucionar. Mismo conocimiento práctico que se ha reflejado en La Guardia, que puede con solvencia recomendar cosas para un programa de salud sexual y reproductiva, por ejemplo, este testimonio que mostramos a continuación.

“Si porque desde tan pequeños, pero desde que ya tienen los niños conocimiento para que conozcan cada parte de sus cuerpos y a la vez aprenden cómo cuidarse y protegerse, que sepan también el nombre correcto de sus partes íntimas...”

Si vemos desde un punto de vista de la construcción de conocimiento y uso del mismo, parece ser que las mujeres han llegado a apropiar muchos conocimientos, pero que no cuentan con los mecanismos adecuados para ponerlos en práctica, mecanismos que van desde la formalización del conocimiento hasta su operacionalización en un trayecto teoría práctica, muy enmarcada en su praxis cotidiana.

En Patacamaya, el grupo de mujeres realiza muchos aportes interesantes, sobre los conocimientos de las mujeres y la característica del conocimiento que tratamos como objeto de reflexión,

“Pero a medida que hemos ido preparando hemos ido también a talleres entendemos de que no solamente eso, sino es el cuidado, sus métodos de anticonceptivos, de que la planificación familiar y abarca mucho.”

Y es evidente, que la temática no solo se circunscribe a los métodos de contracepción, sino que hay un mundo de información y conocimiento que debe ser explorado para fortalecer los conocimientos de las mujeres en general.

Cuando volvemos a insistir en la cantidad de métodos anticonceptivos que se conocen, las cifras son variadas también, pero en este caso llama la atención de números muy diferentes entre sí rangos que van desde más de las docenas a las dos opciones.

Es importante, remarcar que tampoco es interés que las mujeres dominen el campo de conocimiento, porque no es lo que corresponde, al conjunto de mujeres sino al conjunto de profesionales de la salud reproductiva, pero entonces esta condición de constante necesidad de aprender, de no contar con un límite de satisfacción al conocimiento, es una expresión interesante del nivel de conocimientos con el que cuentan las mujeres. Lo que pone en entredicho la idea de la relación entre nivel de conocimientos de las mujeres en general y las tasas de embarazos no deseados de adolescentes. No decimos que no tengan nada que ver una con la otra, pero al ser una construcción empírica sólo comprueba la existencia de una relación existente, como muchas otras.

En Quillacollo, cuando arrancamos con el ranking de número de método anticonceptivos conocidos las cifras son pequeñas de 2 a 6 con un promedio de 4, las fuentes de información son la práctica y la experiencia, que como hemos visto a lo largo de las reflexiones de las mujeres pueden ser las formas más crueles de aprender.

Todo lo que saben las mujeres del cuidado del embarazo, lo bueno y lo malo para esa tarea la han aprendido con su primer embarazo y con el apoyo de los centros de salud que las han marcado en casi todos los casos, maltratado y luego las mujeres han decidido asumir esas labores biológicas en el seno mismos de su familia.

“No sabíamos bien como era tener hijos, tampoco no sabía nada, como un animal no más...”.

En la reflexión hemos encontrado una re funcionalización de la categoría social del “cerrado” por una parte se calificaba de cerrado a la actitud de los padres que no quieren o no pueden hablar con sus hijos sobre temas de salud sexual y reproductiva, que como dijimos, fue siendo reemplazada por los aparatos que les conectan al internet hoy a las redes sociales, pues bien, el nuevo “cerrado” ahora es la o el adolescente que se cierra en torno al celular de donde consigue la información que puede y queda asilado del resto de sus familiares e incluso amigos,

“Ahora digamos, en el mundo de nuestros hijos, hijas es cerrado. No pues, ya tienen todo y no es encerrada, con el celular, también saben todo. Ven todo ahora, hay tele también. Todos estos en el campo no había, nosotros no sabíamos por eso éramos cerrados”.

Las mujeres adultas, madres jóvenes y mayores, encuentran en las novelas de la televisión las fuentes de sus conocimientos y los espacios de validación de sus conjeturas y curiosidades, sin embargo, la experiencia es una de las fuentes más importantes, claro está que no se repite igual para todas las mujeres, por ejemplo, el testimonio que compartimos ahora a continuación es el de una mujer que tuvo la oportunidad de atender un parto en su comunidad.

“Yo he visto ya, estaba con parto y lloraba la señora, en el campo, me duele hija va nacer mi bebé, con dolor estaba yo le he preguntado, y ella me dijo mi bebé va a nacer hijita y tú me vas a ayudar, ya le dije ¿yo? Ha nacido su bebé yo le he bajado, le cortado su cordón todo y con doce años yo, más antes así me ha indicado la tía y me ha salido bien, De la mamá le dijo que ella me atendió el parto. Yo he atendido porque no estaba su marido ahí y como ella me ha indicada así así vas a hacer y ya todo le hice yo como me ha indicado. Y él me dice tía, ella la haya contado que yo le ayude en su parto”.

Estos saberes contruidos se complementan con los otros saberes del cuidado a las madres gestantes en las comunidades, el uso de “hiervas paliativas”, la cantidad de recursos para facilitar el parto, como por ejemplo “alzar pesos medidos” para coadyuvar a la reubicación del neonato, etc.

Finalmente, en la Ciudad de Santa Cruz de la Sierra, las adolescentes explicaron la utilidad de sus conocimientos con simples palabras,

“Saber de mi propio cuerpo cómo debo protegerme, cuidarme, todo y sería eso”, las madres complementan con temas relacionados a la contracepción, “Cómo tiene que cuidarse para no salir embarazada, Porque hay cosas para no salir embarazada”.

Esta información y conocimiento adquirido debe ser complementada con charlas y acciones coordinadas por familias, escuelas y centros de salud.

Cuando se les consulta sobre la cantidad de métodos anticonceptivos nos señalan que de 2 a 4 tanto mujeres adolescentes como mayores y adultas mayores, es en este grupo donde se concentran los números más bajos.

Sobre las fuentes hay un consenso entre las diferentes mujeres participantes que hoy por hoy las redes sociales están asumiendo el rol de educadoras en sexualidad, porque “entra

por los ojos” y porque las redes sociales permiten un nivel mayor de interactividad superando la pasividad de los programas de TV y de radio,

“Reaccionas, interactúas, los comentarios de todo y entre ellos tener sus opiniones y hay gente que habla de su experiencia.”

Esta nueva forma de interactuar y manejar el conocimiento, trae consigo riesgos, porque cualquier persona puede ser un motivador de las redes sociales llamado ahora “influenciadores”, las adolescentes tienen sus estrategias para validar esos conocimientos que recuperan de estos “influencers”, que se ponen de manifiesto en los siguientes testimonios:

“Si, habría que buscar su información, ver qué es su trabajo antes de darla. Facilitador. Porque puede haber muchos charlatanes. Mujer 7.- Claro. Facilitador. ¿Cómo, cómo se filtran los charlatanes? Mujer 8.- Porque hay vídeos y otros doctores digamos que de alguna forma los desmienten, Que dicen, tal información está mintiendo...”

“Hay contenido, pero hay contenido también, pero que hay que aprender a diferenciar y eliminar porque no todo está basado con criterio con el que lo hacen, te dan muy directo y es malo, y no hay un criterio de base esta información real digamos ¿Qué realmente puede llegar a pasar? Así en las redes sociales, pero tenemos una parte importante para informar a la juventud de eso, ahora la juventud está más basada en eso, en las redes sociales no ha escuchar al papá y a la mamá porque no lo hará “yo sé, yo sé todo” pero no nos damos cuenta que hay veces que queremos informarlos, pero ellos dicen “yo sé”, están las redes sociales y ahí está la información, ahora las redes sociales están más abiertas.”

De esta manera se cierra un conjunto de temas que hemos tratado con las mujeres en los diferentes espacios en el país, ahora pasamos a un segundo nivel de interpretación de los aportes de las mujeres, que pueden servir para comenzar a reflexionar sobre potenciales alternativas de acción en función de la información recuperada.

En conjunto las expectativas de las mujeres con relación a la salud sexual y reproductiva se concentran en el acceso a la información amplia, adecuada y pertinente a los diferentes grupos de edad y etapas de la vida de las mujeres, temas como la educación sexual para niñas, adolescentes y jóvenes, incluso adultas y adultas mayores, resulta de mucho valor para el goce pleno de la sexualidad de las mujeres, y focalizándose a la atención y cuidado de las mujeres embarazadas, se espera que una mujer sea tratada de forma diferenciada por su calidad de “primeriza”. Esta categoría social que identifica a no solo a las mujeres que tienen un primer embarazo, sino a aquellas que por primera vez se acercan a un centro de salud en busca de atención que, por su cualidad de ser nuevas, sufren del efecto del

trato burocrático de los centros de salud, que bien pueden ser de calidad, pero son percibidos por las mujeres que además de atención médica requieren de un trato combinado médico per formativo de la nueva mamá.

En otros espacios, las expectativas son perecidas con esos rasgos de sana curiosidad sobre la variedad de los métodos de barrera que no sólo cumplen la función de contracepción sino de placer, lo que lleva el eje de las expectativas a un plano del goce pleno de la sexualidad de las mujeres, tanto adolescentes, como jóvenes en este ámbito geográfico.

Otra de las expectativas interesantes, es que las personas que deberían brindar la información sobre salud sexual y reproductiva, no solo sean médicos, o que además de serlo tengan un perfil “social” y acá se usa esa categoría como una categoría social, para identificar a un profesional con sensibilidad social, que no haga sentir a las mujeres, como que no saben nada y use un lenguaje complicado que sólo contribuye a aumentar las dudas en las consultas.

Otra importante expectativa en el departamento, fue el enfoque culturalista en la lectura de los problemas de las familias comunitarias cuando acceden a servicios de salud sexual y reproductiva. Pese a que la norma ya contempla aspectos como el parto humanizado con enfoque intercultural, aquí la demanda de un personal “social” se abre a uno que tenga un enfoque intercultural “antropológico”.

La expectativa es romper con la agresividad que un enfoque identificado, como occidental, que afecta al núcleo familiar comunitario, a las mujeres que no pueden encontrar en el servicio de atención en salud materno, por ejemplo, una ayuda y que en la práctica las expulsa del centro de salud en lugar de atraerlas.

Sobre las demandas, podemos señalar que los centros de salud al contrario de esperar a las mujeres, “salgan” en su búsqueda, es decir, que se acomoden a sus tiempos, de trabajo, de gestación, de interés sobre los temas de salud sexual y reproductiva.

Muy asociado a los servicios que buscan las mujeres está el tema de la seguridad de las niñas y niños, pero en particular de las niñas y adolescentes mujeres, la demanda es clara, que las instituciones de atención en salud, sean también parte de redes de cuidado y protección de las niños y adolescentes, al igual que las familias, que se ven superadas y cuyas estrategias para proteger a las adolescentes, es limitada.

Esta demanda cobra sentido por otras que señalan que las diferentes instituciones deben sumar esfuerzos para brindar a los adolescentes la información necesaria, en la perspectiva de apoyarse cuando, por ejemplo, la escuela tenga los espacios para hacerlo, pero no las capacidades, recurra a los centros de salud y viceversa, apoyar a los maestros para que la visita a un centro de salud sea efectiva, con los casos de las mujeres, adolescentes y jóvenes necesitadas de información y apoyo. De esta manera romper con las trabas morales que se

incrustan en ciertos espacios que no permiten un tratamiento claro de los temas que son importantes de hablar con adolescentes y jóvenes, además de las madres “primerizas”.

Luego de los debates en los diferentes espacios geográficos parece ser que la fórmula: familia- escuela- centro de salud es la más indicada para encarar las necesidades de información sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres, tanto adolescentes que pueden llegar a ser madres adolescentes.

Otra demanda es que estas redes de instituciones se complementen con el manejo de las redes sociales, para entrar a los circuitos de manejo de fuentes de conocimiento que tienen las adolescentes y jóvenes actualmente.

Otra demanda, es la consolidación de la información como un derecho de las mujeres, objetivación social que cambia el sentido del uso y acceso a la información, pasando de ser un servicio de apoyo a la situación de las mujeres, a una exigibilidad de parte de las mujeres a ser informadas. Este enfoque/demanda es cualitativamente diferente al enfoque de asistencia y acceso por posibilidad a un centro de salud o información, que exige de las instituciones actuar proactivamente para cumplir y satisfacer la demanda de información y coadyuvar a la garantía de acceso a esa información y trato a todas las mujeres sin exclusión.

Las reacciones de las mujeres fueron provocadas por mecanismo proyectivos explicado líneas arriba, pero, en síntesis, podemos afirmar que al margen de las emociones y posiciones de sororidad entre mujeres y las diferentes situaciones que pueden reproducirse en sus propias vidas, es que son hechos sociales con los que vivimos cotidianamente y que los naturalizamos, tanto los hombres, como las propias mujeres.

Lo que fortalece la reflexión sobre el enfoque de derechos entre las mujeres, cuestiona esta naturalización, del embarazo adolescente, del acoso sexual a las jovencitas, del maltrato familiar de la pareja, del chantaje por sexo que hacen los hombres a las mujeres, etc.

Por otra parte, la reacción ante temas complejos de índole de especialidad médica, la reacción es de total desconocimiento, lo que desnuda que se ha instalado un nivel de conocimiento socialmente aceptado, que oculta otros importantes temas de la salud sexual y la salud reproductiva que es importante que las mujeres conozcan en un lenguaje no solo técnico sino “social”.

Las reacciones en contra de las conductas de los hombres en tanto y cuanto a conductas sexuales y distorsiones de las libertades sexuales son asumidas, como expresión de “machismo” entendiéndose, en el rango de lenguaje coloquial que usaron las mujeres participantes de los diferentes espacios, como la conducta natural de los hombres cuando se trata de la mantención de una relación con una mujer, que aunque se explica por la existencia de estructuras patriarcales que dan pie a esas conductas, las afirman y las

constituyen al mismo tiempo que las consolidan, no hubo ese grado de reacción o de explicación de los fenómenos sociales relacionados al machismo por parte de las mujeres.

Una reacción que deriva en demanda es que las mujeres requieren de la ORIENTACION, como forma de articular sus necesidades y demandas de información, esta otra categoría social, se está refiriendo, creemos, al hecho que en la práctica cuando sucede algún tipo de problemas, que puede ser un embarazo adolescente, una infección contraída por la relación que se mantiene con el novio, o cualquier otro problema, se necesita de una persona que guíe y acompañe a la mujeres en busca de una solución a su problema, independientemente de los proceso que esa solución implique como el paso por las estructuras burocráticas de acceso a servicios de salud o de información en las instituciones.

Finalmente, las reacciones ante la dramática realidad de peligro que viven hoy día las mujeres además de ser de completo rechazo, es de total vulnerabilidad, no hay argumentos y palabras suficientes para verbalizar alternativas ante tales realidades que instrumentalizan a las mujeres, con la explotación sexual, por ejemplo. Y esta constatación, llama poderosamente la atención sobre la importancia que la salud sexual y reproductiva asuma estas nuevas problemáticas para estar contextualizada. Obviamente es una demanda fuerte a las instituciones, que tal vez no puedan responder, pero el llamado desde las mujeres es fuerte como un clamor que no encuentra respuesta.

En cuanto a las percepciones sobre salud sexual y reproductiva, de las mujeres que pertenecían a diferente ciudades y grupos etarios, las categorías de DERECHOS, EDUCACION, INFORMACION, VIOLENCIA, ADOLESCENTES y EMBARAZO, nos marcan la pauta, tanto de sus necesidades, saberes, expectativas y demandas.

Llama también la atención que las mujeres consideran que el embarazo, el primero, es un punto clave de inflexión sobre la acumulación y/o acceso a información sobre sexualidad y salud reproductiva a la que hayan estado expuestas, decimos que es en el embarazo y solo en el embarazo que los temas cobran sentido, que los conocimientos teóricos se vuelven necesarios y se tornan prácticos y se aprende, recién cobra sentido toda la información que haya recibido y le ve una utilidad, pero esta vez en proyección a su progeñie o hacia las demás mujeres.

Y son temas recurrentes desde todas las formas en las cuales hemos conversado con las mujeres, tanto como necesidades y demandas que nacen de estas percepciones que se agrupan en estas categorías. Hay que hablar de estos temas, con los niños y particularmente con las niñas, con las adolescentes y las jóvenes, con las madres primerizas, con las señoras que están a puertas de la menopausia, con todas en todo momento y en todo lugar, a través de redes institucionales, a través de programas de orientación social de la sexualidad, que acompañen a las mujeres, etc. Todo un desafío para las instituciones. Estamos seguros de eso.

En cuanto a la valoración de servicios y acceso a información, las mujeres de la mayoría de los espacios creados para reflexionar coinciden en que tenemos con una normativa desarrollada que precautela en los “papeles” la seguridad y el acceso a las mujeres a información sobre salud sexual y reproductiva. Sin embargo, los datos de la realidad muestran que, aunque hoy día hay mujeres que deciden sobre sus cuerpos, más que antes, se siguen repitiendo situaciones de embarazos adolescentes, que no necesariamente son planificados y que “truncan” y “trauman” la vida de las mujeres.

Finalmente llegamos a aquello que saben las mujeres, los conocimientos instalados en todas las mujeres. Prácticamente son los métodos anticonceptivos, con una variabilidad amplia en el número de opciones, y que la fuente del conocimiento de los temas de interés, reconoce a los centros de salud como válidos, pero que hoy en día las redes sociales le están disputando esa credibilidad, a tratarse de mecanismos que logran cambiar el cierre que tenían estos temas al ser tratados entre familiares o instituciones, a otro tipo de cierre que enajena a la persona en sus redes sociales y la información que logra conseguir a través del teléfono y el internet que si bien es una amplia información, es poco discernible por la diversidad de personas que acceden a estos medios creando contenido y en algunos casos generando desinformación o banalizando el tratamiento de importantes temas formativos y aclarando los conocimientos instalados en las mujeres.

La experiencia de ser madre enseña mucho a las mujeres, instala conocimientos experienciales muy profundos en función de los casos vividos, que se usan en los siguientes embarazos, como qué tomar en un embarazo, qué no tomar, qué esperar del médico que las atiende y a qué talleres y cursos o información acceder, en función de sus necesidades. Y por lo tanto qué cosas le son necesarias conocer a las futuras madres que van detrás de ellas, con las cuales sienten profunda identificación; que es necesario saber en los distintos niveles de desarrollo, etc. “cómo cuidarse para no salir embarazadas”, cómo valorar el gran flujo de información que vienen en las redes sociales y cómo discriminar esta información.

5.1.7. Entrevistas a profundidad

El análisis de los grupos focales se complementa con las opiniones de los expertos entrevistados, se realizaron cinco entrevistas a profundidad con informantes clave, quienes, desde su perspectiva y experiencia, desarrollaron las siguientes categorías.

Salud mental

La salud mental incluye el bienestar emocional, psicológico y social de una persona. También determina cómo un ser humano maneja el estrés, se relaciona con otros y toma decisiones, es esencial considerar la dimensión mental en la salud de la mujer en las diferentes etapas de su vida, sin embargo, las condiciones de salud mental de sus pares y hombres también juegan un rol importante en el bienestar integral de las mujeres, su familia y su comunidad.

Alberto Castro menciona: *“...entonces la salud mental es el, yo diría el pilar fundamental para el desarrollo ideal del ser humano... independientemente del género de las personas, es una dimensión esencial dentro del ser humano como parte del bienestar emocional de la persona”*; también se recalca la importancia de la salud mental de agresores ya en temas de violencia, demostrando desequilibrios importantes que se traducen en situaciones delictivas. Con referencia a este tema el Dr. Castro nos menciona *“...Esas violaciones masivas a una niña, una mujer, ¿de dónde sale eso? ¿Están viendo demasiadas películas del extranjero, pornografía? ¿hay tanta necesidad?, eso se llama enfermedad de la salud mental*; como dimensión de bienestar resulta importante considerar la salud mental no solamente individual sino como un aspecto colectivo que debe ser abordado como sociedad.

A pesar del consenso conceptual sobre la importancia de esta dimensión, esta no se traduce necesariamente en las prestaciones de servicios de salud, en palabras de Cristian Espíndola *“... Claro ejemplo es el hecho de que en Bolivia no le damos mucha importancia a la salud mental, por ejemplo, y ni siquiera en los centros de salud muchas veces tenemos a los profesionales que requerimos para ello...”*, haciendo referencia que los registros del Ministerio de Salud sobre contratación e inserción de perfiles de psicología a los servicios de salud señalan solamente 3 de ellos en el subsector de la seguridad social a corto plazo, evidenciando la inexistencia total dentro del subsector público; en el proceso de atención a personas que sufren diferentes condiciones vinculadas a la salud sexual y reproductiva, en diferentes etapas de su vida, no puede quedar este pilar fundamental sin un abordaje integral, oportuno y adecuado que vaya de la mano con las prestaciones de tipo reparativa curativa.

Salud Materna

Por salud materna se entiende la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, un periodo transitorio en la vida de las mujeres que requieren de un tipo de atención particular dentro de la sociedad. Alberto Castro menciona con referencia a la salud materna *“... estado de situación transitorio por el que cursa una mujer en estado de gestación, entonces cambian sin duda cierto tipo de relaciones y variables...”*, para poder cubrir las necesidades de las mujeres en este periodo resulta imperioso contemplar desde un enfoque más familiar, analizando el contorno familiar y social en el que la mujer en este periodo se encuentra, en las entrevistas aparece un aspecto importante sobre los roles de la mujer en la familia dentro de nuestra sociedad, inicialmente, el comportamiento y apoyo de la pareja deberá ser vital en este periodo y así lo señala Alberto Castro *“... Entonces aquí juega un rol fundamental, el que la pareja y la familia, pero ella misma principalmente entienda...Pues seguramente el peso que lleva una mujer con condiciones diferenciadas va a ser minimizado y las tareas van a ser distribuidas en el hogar con la pareja, con los hijos, con su entorno familiar, etc.... pone en evidencia las necesidades de apoyo cotidiano de las mujeres en este periodo por parte de su círculo más cercano”*.

A pesar de la lógica detrás de estos comentarios, llama la atención que desde el sector salud, las limitaciones para el abordaje de la salud materna son estructurales, en palabras de Cristian Espíndola *“...Desde lo biológico se enfatiza bastante la salud, lamentablemente en Bolivia consideró que la salud es muy conductista...”*, como referencia que en Bolivia se comprende a la salud como aquellas acciones reparativas de daño y no como el logro al más alto nivel posible de bienestar, bajo este enfoque, el sector salud solo mirará a la mujer y sus necesidades de atención y reparación de daño, quedando otros temas “fuera” del sector salud, esto queda refrendado desde un actor estatal, el Dr. Franco Espada comenta *“... Tenemos que tener una integralidad con todos estos procesos que no solamente vienen con la salud materna como tal, sino en el engranaje que debía haber con todos los procesos de atención para este grupo y eso no se cumple, no es una prioridad...”*, a pesar que los procesos de atención a la salud materna están definidos, además de ser asistencialistas y no integrales, la familia, la comunidad, la sociedad juegan un rol esencial en el bienestar de la mujer durante su periodo reproductivo.

Necesidades de la mujer

De acuerdo con la OMS/OPS los artículos de investigación original destacan los múltiples problemas de salud que enfrentan las mujeres de la región, en especial aquellas de menores recursos, y de poblaciones indígenas y rurales, así como las brechas que persisten en los sistemas de salud en responder estos problemas, que van desde la salud de la mujer en sus diferentes etapas de vida, la salud sexual y reproductiva, la violencia de género, las enfermedades crónicas no transmisibles, las enfermedades infecciosas, la salud mental y laboral, hasta la adecuación de los servicios de salud de calidad para dar respuesta a las

necesidades de promoción, prevención, atención y rehabilitación durante los diferentes ciclos de vida y en varios contextos regionales.

Las necesidades de salud de las mujeres deben ser abordadas de manera integral bajo el enfoque de la atención integral al curso de vida tal y como señala Franco Espada *“...Ser un poco más enfocados en lo que nos falta en todo el proceso de atención a las mujeres es una atención de calidad integral que se debía trabajar desde el momento que la persona nace hasta el momento de su desde la vejez..., ...No ven a la mujer como como un proceso mismo de una atención integral que deberíamos trabajar, eh, en el marco del curso de vida...”*, enfoque que queda plasmado en distintos documentos técnico normativos del Ministerio de Salud y Deportes pero que desaparece en la práctica diaria traduciéndose como necesidades sentidas por parte de las mujeres desde los procesos de atención en salud.

Los informantes clave identifican diferentes esferas como parte de las necesidades de las mujeres inicialmente vinculadas a la condición y situación de la mujer en diferentes etapas de su vida, Alberto Castro nos menciona *“... Yo creo que independientemente del nivel de formación de una mujer, las necesidades surgen como consecuencia del estilo de vida, del entorno social en el que se desarrolla o crece y de las exigencias sociales del momento, o transitorias en ciertos períodos de la vida de esta mujer...”*, aunando a este comentario se recalca la importancia de considerar el contexto urbano vs rural en el tipo de necesidades de la mujer en materia de salud sexual y reproductiva, en el comentario de la Dra. Susy Vargas se plasma lo mencionado *“...Las necesidades de la de salud de las mujeres están muy ligados a temas de salud sexual y salud reproductiva, ya sean de diferentes edades y dependiendo en donde ellas están habitando en un contexto rural o un contexto urbano...”*, esta diferencia pretende contemplar los aspectos culturales que se pueden encontrar en diferentes comunidades.

Las necesidades pueden ser comprendidas desde el enfoque de derechos, pasando por distintos periodos de alta vulnerabilidad como los de atención en salud, un comentario crítico con referencia al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos fue dado por Cristian Espíndola, cuando nos menciona *“...Muchas mujeres todavía en nuestro contexto no tienen el derecho de decidir si quieren o no tener hijos, entonces es bien complicado, yo pienso que se vulneran muchos derechos, enfatizando la salud sexual reproductiva...”*, como también otros aspectos vinculados con las desigualdades de género en nuestro contexto cultural referente a la integración familiar y acceso y uso de métodos anticonceptivos, los comentarios vertidos se dirigen más a la categoría de violencia y serán desarrollados en ese apartado, sin embargo, se enfatiza el sentido básico en el marco de derechos humanos que nos lleve a comprender las necesidades de salud de las mujeres, queda refrendado por Alberto Castro en su comentario *“...Si bien. Hay necesidades que deberíamos entenderlas como generales y que toda mujer necesita. Estamos hablando primero desde conocimiento de esa mujer. Como un sujeto de derechos. Ahí no entran títulos nuestros niveles de formación. Estamos hablando de los derechos humanos en primer lugar. Que todo individuo*

tiene sus derechos protegidos, debería tenerlos protegidos...”, a pesar de aquello y entrando en temas tradicionalmente culturales, las condiciones de la sociedad generan desigualdades negativas para las mujeres, Alberto Castro indica *“...Desde el día que nacemos, nacemos con derechos solo que en sociedades machistas y patriarcales se promueve el derecho de la mujer en el marco de la dependencia y la decisión del hombre...”*, la referencia a las situaciones machistas y patriarcales de la sociedad a manera de determinantes sociales de la salud es comentado por Cristian Espíndola y nos comenta *“...El hecho de analizar los determinantes sociales de la salud para abordar un poco la integralidad de la salud, pues vemos que existe un enfoque todavía muy machista y patriarcal...”*, comprenderemos al patriarcado como aquel sistema de relaciones sociales sexo-políticas basadas en diferentes instituciones públicas y privadas y en la solidaridad interclases e intragénero instaurado por los varones, quienes como grupo social y en forma individual y colectiva, conducen a una situación de opresión a las mujeres, podemos complementar este concepto con el comentario de Susy Vargas que nos indica *“...Otra necesidad sentida es el tema de sensibilización a los hombres, que puedan entender que las mujeres son igual que ellos y que quieren condiciones casi iguales...”*, aspecto que debe enfocarse desde el marco de los derechos.

En el marco de la adolescencia, las necesidades identificadas por los informantes se relacionan aquellas de información y educación, Alberto Castro nos menciona *“...La adolescente que llega a su menstruación comienza a vivir el terror de la menstruación. No es cierto, cuando es un tema fisiológico que tienen que deberían vivir lo naturalmente, pero para eso se requiere educación...”*, pero también se hace referencia al tema de atención desde salud, así lo comenta Susy Vargas *“... Si se trata de adolescentes las necesidades en el tema de salud tienen que ver más con las demandas de una mejora en la calidad de atención...”*, no se diferencia explícitamente aquellas necesidades particulares de mujeres adolescentes frente a varones adolescentes.

Referente al periodo del parto, las necesidades de las mujeres son mejores comentadas por los informantes clave, se hace referencia a la necesidad de una atención culturalmente adecuada del parto conociendo y respetando las creencias y tradiciones de las regiones del país; en este contexto Susy Vargas nos menciona *“...La necesidad o se relaciona mucho el tema cultural en lo que a mí respecta. Es necesario responder a un equilibrio entre lo frío y lo caliente...”*, imaginativos relacionados con el parto, donde se debe evitar el “enfriamiento” de la parturienta, y con referencia a la comodidad de la atención del parto nos refiere *“...Hay mujeres que, por ejemplo, el hecho de recostarse en una camilla o en una mesa obstétrica o una mesa ginecológica generaría cierto estrés de la posición, o sea, ¿porque no echarse en la cama?...”*, concepto asociado a la adecuación cultural del parto.

Ya para el periodo de climaterio/menopausia, cuando el periodo fértil de la mujer cesa, se identifican necesidades como el apoyo, la información y una atención integral, en palabras de Alberto Castro *“...El climaterio no solamente requiere de la atención de un ginecólogo o*

de un endocrinólogo por los trastornos hormonales a los que vas a sufrir una mujer, unas con mayor intensidad, otras con menos intensidad, sino que también requiere de un apoyo psicológico, entonces necesitamos que haya gente que oriente adecuadamente...”, este periodo particular en la vida de la mujer puede verse soslayada por la aparición de enfermedades propias de esta edad como lo indica Rubén Costa *“...Entonces la mujer menopáusica requiere urgente de tener calidad de vida, tenerla estable emocionalmente sin riesgos de infarto, de cáncer, de osteoporosis...”*, las necesidades de información educación y atención resultan imperiosas en este periodo.

Violencia de género

Según ONU mujeres, se considera de esta manera a los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas en razón de su género, de acuerdo a los comentarios vertidos por los informantes clave, el tema de violencia de género en Bolivia se encuentra naturalizado culturalmente, representando un determinante social de la salud para las mujeres en distintas etapas de su vida, en palabras de Franco Espada *“...La violencia de manera general creo que está, aquí en Bolivia, naturalizada tenemos que romper también eso esos paradigmas, creo que la violencia en general tiene un marco mucho más grande que hay que trabajar...”*, una percepción similar la encontramos en las palabras de Cristian Espíndola *“...En Bolivia es muy evidente que la violencia basada en género me refiero hacia la mujer, principalmente es una cosa que se ha naturalizado tanto que se normaliza y que además a eso se suma de que, prácticamente no hay acceso a la justicia...”*, recalca una experiencia comentada por Rubén Costa referente a la resistencia de la promoción de derechos en las mujeres *“...El artículo 66 (CPE), dice que se debe garantizar a las mujeres y los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos. Sin embargo, cuando se ha intentado socializar la ley, se han sacado disposiciones, surgen grupos sociales o religiosos, etcétera, lo que ven como si esta ley estuviese a favor del aborto, al a favor del libertinaje, etc....”*, en referencia a los movimientos feministas, además, sobre estereotipos marcados en nuestra sociedad, Alberto Castro reconoce *“...Desconocimiento del derecho de una mujer de un derecho establecido es violencia, o sea, las violencias no necesariamente tienen que ser agresión física, la violencia puede ser económica, puede ser psicológica, puede ser transgresora culturalmente..., ...Se la cuestiona desde los ámbitos legales de Justicia, todavía se dan el lujo de decir, ah es que qué habrás hecho, pues tú hasta la propia familia y la cuestiona ¿por qué no te quedas calladita? Para que le provocas...”*

También se reconoce que la violencia debe abordarse de manera intersectorial, como lo establece la normativa vigente (Ley 348), sin embargo, en la cotidianeidad, esto se vive de manera muy irregular, Alberto Castro recomienda *“...El tema de violencia tiene que ser cubiertas no sólo por salud, sino por los diferentes estamentos del Estado, ahí tenemos justamente los SLIM, las defensorías y tiene que ir, tiene que haber un diálogo entre estas entidades..., ...Cuando el personal o el funcionario no conoce claramente, no conoce claramente que hace cada uno en su entidad, porque cada uno tiene funciones claramente*

definidas...”, Espíndola nos recuerda datos estadísticos sobre el acceso a la justicia por parte de las mujeres sobre casos de violencia “...Había una estimación hace cuatro o cinco años que todavía al parecer se sigue manteniendo, de cada 200 casos de mujeres que sufren violencia, sólo el 0.5 llega a proceso. ¿Entonces, la violencia en Bolivia es impune? Claro..., ... Más o menos en (Ministerio) justicia, estiman 12000 niños niñas menores de 15 años que sufre que han sido violadas no cada año, este es un promedio que salga, esta, y bueno, cómo está normal escuchar en los medios de más que a nadie le preocupa, o sea, no pasa nada, digamos, uno se asusta, dice, qué barbaridad, qué vergüenza. ¿No debería haber pasado, los niños deberían estar felices disfrutando de su vida?, no sufriendo situaciones de violencia como las que están sufriendo en El País y a eso no hay un cambio, no hay un cambio, eh? No hay una forma de frenar este tema de la de la violencia...”.

Además, se hace mención a los sitios y situaciones donde suceden principalmente, las agresiones físicas sexuales, Alberto Castro nos comenta “... Porque la mayor incidencia de violencia (sexual) sucede al interior de los hogares. En la relación de pareja, sean estos casados, concubinos o lo que sea, porque si no hay un entendimiento en la esfera de la convivencia primero en la espera de la construcción de familia, segundo en la construcción de la experimentación mutua de la sexualidad expresada libremente y del sexo vivido libremente y consensuado en pareja...”, además del círculo familiar, otro círculo cercano es el educativo, donde los pares, en especial en la etapa de adolescencia, pueden convertirse en agresores, como nos comenta Espíndola “...hay adolescentes que vienen, que me han dopado estando con mis compañeros, no quiero denunciar porque son mis compañeros, además no sé quién y ha sido así, o sea, se pasa así, entonces hay cosas así que están sucediendo y que no se hace nada...”, relacionado también a la capacidad de respuesta del sistema.

Embarazo adolescente

Es aquel ocurrido antes de los 20 años de edad, los embarazos en la adolescencia tienen riesgos adicionales de salud tanto para la madre como para el bebé. Con frecuencia, las adolescentes no reciben cuidados prenatales a tiempo, lo que puede provocar problemas posteriores. En el marco de las entrevistas, se pueden rescatar comentarios referentes a esta categoría, tal es el caso de Espíndola que nos comenta “...Muchas adolescentes, por ejemplo, cuando tienen embarazos no deseados, lo que hacen es ocultar su embarazo. Y ponen en riesgo su vida...”, situación muy común debido a la potencial censura social a las que se ven expuestas, además, la atención y sus registros en periodo de pandemia (primera y segunda ola), llama la atención según nos comenta el mismo profesional “...Si en el SNIS pareciera que más bien ha bajado el caso de embarazos, violencia, etcétera, etcétera. Pero no, más bien es al revés. No ha habido posibilidad de registro en la pandemia, o sea, no es que hagan y los centros no han atendido, han rechazado a la gente. Entonces, con esas condiciones, obviamente ese dato del SNIS es muy sesgado, no refleja la realidad y eso lo dice el informe del UNFPA...”, situación que priorizó la atención hospitalaria de casos

COVID-19 frente a otros servicios esenciales, lo que se llamó en la región, la interrupción de servicios.

Métodos anticonceptivos

Con referencia a la anticoncepción, se reconocen que los métodos modernos presentan cada vez mayores ventajas en su uso y aplicación, un comentario referente a este punto nos otorga Rubén Costa *“...Estos métodos no han venido cada vez a facilitar más y ha permitido estudios recientes a poder decir de que son métodos que nosotros ya podemos utilizar en mujeres jóvenes que no tienen hijos sin riesgo de que podamos tener problemas posteriores de infertilidad...”*, como temor común de usuarias principalmente al momento de seleccionar alguno de estos métodos, pero más allá de los métodos en sí, el tema del acceso por parte de la población adolescente se enfrenta a diversas limitaciones, desde la oferta de estos en servicios de salud, servicios de salud diferenciados como nos indica Susy Vargas *“...Los adolescentes llegan a conocer, están conscientes de que pueden tomar decisiones, pero van al establecimiento de salud y no disponen de los de los métodos (anticonceptivos)...”*, pero también un aspecto a considerar dentro del acceso efectivo a estos métodos es la asertividad familiar, la educación familiar, el respeto por las decisiones de los adolescentes, esto se ve reflejado en otro comentario de Susy Vargas *“...Además de sensibilizar a los adolescentes, se tiene que sensibilizar a los padres. Porque si un adolescente sabe que puede ir a un establecimiento de salud y puede demandar, por ejemplo, métodos anticonceptivos, tienen temor de que sus padres se enteren, tienen temor a ser señalados por las personas mayores...”*, estableciendo la presencia de barreras generacionales familiares en el acceso a métodos anticonceptivos modernos.

Otras limitaciones en el acceso es la situación y condición de la mujer dentro de la familia, este tema que puede desarrollarse en varias de las categorías descritas, es planteada en este espacio, haciendo mención al comentario otorgado por Espíndola *“...Pese a que hemos avanzado bastante, por ejemplo, todavía para que una mujer acceda a algunos métodos de anticoncepción, siguen pidiendo la autorización de su marido, por ejemplo...”*, reflejando coartación del ejercicio de los derechos reproductivos de la mujer; inclusive, existen barreras de acceso ya dentro de los mismos servicios de salud, tal es el caso comentado también por Espíndola *“...Todavía hay profesionales que preguntan, por ejemplo, en el caso de que quieran hacerse un método permanente, como una ligadura, preguntan la edad, ¿le dicen cuántos años tiene 23 años? ¿Y, cuántos hijos tienes uno o dos? No, volvete de aquí a unos 5 años, todavía tienes posibilidad de continuar teniendo hijos. Entonces, en ese sentido, esos mensajes que son muy, cómo le diría, muy enfocados a un enfoque muy machista, probablemente en el sentido de que la mujer simplemente sigue siendo un instrumento reproductivo...”*.

Calidad de atención

Otra categoría desarrollada por los informantes clave es la calidad percibida de la atención, comprendida esta como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados para las personas y las poblaciones.

En este sentido, la calidad técnica es aquella vinculada a la oferta de servicios, a la capacidad instalada de los establecimientos de salud y es en este punto, donde los informantes hacen mención con base en su experiencia a la calidad de estos procesos.

Uno de ellos está relacionado con el personal de salud, ya sean médicos, enfermeras, etc., responsables directos de la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, el cual se percibe como un agente agresor para las usuarias (y usuarios) de servicios; en referencia a este tema Alberto Castro nos comenta *“...el profesional en salud, una gran parte ha perdido aquello que era el principio básico, es respeto al paciente como un ser integral...”*, comentado las experiencias de quejas de especialistas ginecólogos que violaban digitalmente a sus pacientes en consulta, asimismo.

Rubén Costa hace una referencia hacia los recursos humanos *“...En la calidad tiene que estar siempre referidas personas que estén verdaderamente calificadas, cualificadas en conocimiento para resolver los problemas propios de la población y más aún de la mujer...”*, consideraciones que nos llevan a reflexionar en el enfoque mismo de la atención en salud, concatenando lo biologicista con lo humano y claramente nos lo menciona el mismo profesional *“...Necesitamos entender que la mujer no es solamente un útero, ovarios, que evidentemente hay una persona, una mente, hay un cerebro, hay sentimientos. Y todo aquello, se necesita que la atención sea evidentemente con calidad y sepan tratar a la a la mujer en general como un ser humano...”*, vinculada a la calidad. Necesariamente se mencionan los aspectos culturales dentro de la atención y nos lo recuerda Susy Vargas con el siguiente comentario *“...son temas que están más ligados a la calidad de atención percibida por ellas, que se considere el tema de la cultura durante la atención, que se les entienda que se considere sus requerimientos...”*.

Si bien la normativa vigente contempla el parto con adecuación cultural como parte de la política SAFCI, la oferta misma de los servicios es muy diferenciada en distintas regiones del país, a pesar de contar actualmente con una cobertura económica a través de las prestaciones de la Ley del Seguro Universal de Salud (aunque la describen como Ley del Sistema Único de Salud), la realidad para cada establecimiento de salud es otra, con referencia a lo comentado Espíndola nos indica *“...La cobertura en salud que tenemos no llega pues al 100%. Ese es un elemento ahora si llega lo poco que llega, no llega en las mejores condiciones peor para las mujeres que viven área rural o están en condición de pobreza o marginalidad...”*, señalando la persistencia de grupos vulnerables y las barreras de acceso a servicios de salud.

Además, el contexto de pandemia en el que nos encontramos, también afectó la oferta de servicios para casos de violencia a lo que la perspectiva de Espíndola señala *“...Por ejemplo, cuando sale la ley 348 para la atención a víctimas de violencia, la ley le da mandatos al servicio de salud, tanto público como privado. Y todos los servicios de salud tiene la obligación de atender esa situación como un acto de emergencia. Porque hay una mujer que ha sufrido violencia. Sin embargo, en los centros de salud para no ir lejos públicos, rechazan a las mujeres víctimas. No las atiende, ese es un elemento, digamos, terrible, porque no se cumplen la norma...”*, nos demuestra que la normativa en sí no es suficiente para cambiar la realidad, el día a día que se viven en los servicios de salud.

Franco Espada con una mirada estatal sobre el tema añade *“...Lo primero que tenemos que hacer es mejorar nuestra calidad de atención bajo procesos e instrumentos de su supervisión, tener algunos indicadores estándar que podamos poder medir y en usuario y otro enfoque que es trabajar con la parte de la promoción y prevención...”*, lo cual requiere disponer de instrumentos estratégicos sólidos integrales e intersectoriales que otorguen una seguridad jurídica para el desarrollo de procesos coherentes y efectivos, también lo menciona Franco Espada en su siguiente comentario *“...Otra cosa que tenemos que trabajar no es en procesos de mediano o corto plazo, sino trabajar los procesos de largo plazo que de manera efectiva de aquí unos 15 - 20 años vamos a poder llegar a metas establecidas...”*, lógicamente son necesarios, pero también los medios para que este tipo de acciones estratégicas y articuladas funcionen en la realidad, los documentos impresos aparentemente no resultan útiles para estos casos, como nos menciona Alberto Castro *“...Somos campeones en hacer normativa, en hacer protocolos, pero ¿cuántos utilizan y aplican esa normativa? ¿Cuántos lo han guardado en la vitrina? ¿Cuántos lo han guardado en su gaveta del escritorio, y cuántos se han llevado a su casa y nunca más lo han abierto? ...”*, quizás es el problema de la falta de implementación real de la normativa, qué si bien existe, no se cumple, esto lo refrenda Espíndola *“...En Bolivia tenemos un marco normativo que es privilegiado, hasta alabado por muchos países. Pero, sin embargo, no se cumple...”*.

5.2. Principales Resultados Cuantitativos

Para complementar la información cualitativa además se realizó una encuesta a 777 mujeres, respetando la estructura etaria solicitada en los TDRs del estudio. Las características sociodemográficas y económicas seleccionadas para analizar la encuesta son las siguientes:

Cuadro 4. Principales características sociodemográficas de la población encuestada

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		Ciudad Capital	Ciudad Intermedia	Total
Departamento	La Paz	 33,7%	 33,1%	 19,9%
	Cochabamba	 33,5%	 33,4%	 19,8%
	Santa Cruz	 32,8%	 33,4%	 19,4%
	Total	 59,2%	 40,8%	 100,0%
Grupo de edad	15 a 19 años	 15,7%	 16,7%	 16,1%
	20 a 25 años	 18,3%	 17,4%	 17,9%
	26 a 35 años	 26,5%	 24,9%	 25,9%
	36 a 50 años	 27,8%	 29,3%	 28,4%
	51 a 60 años	 11,7%	 11,7%	 11,7%
Situación Conyugal	Casada o coniente	 42,0%	 44,2%	 42,9%
	En una relación sentimental	 20,2%	 20,5%	 20,3%
	Sin relación sentimental	 37,8%	 35,3%	 36,8%
Familia numerosa	Si	 60,7%	 65,9%	 62,8%
	No	 39,3%	 34,1%	 37,2%
Indígena	Si	 40,9%	 62,5%	 49,7%
	No	 59,1%	 37,5%	 50,3%
Nivel educativo	Ninguno	 ,7%	 4,7%	 2,3%
	Primaria	 11,1%	 21,1%	 15,2%
	Secundaria	 45,7%	 61,5%	 52,1%
	Superior	 36,7%	 10,7%	 26,1%
	Técnica	 5,9%	 1,9%	 4,2%
Condición de actividad	Ocupada	 43,9%	 51,7%	 47,1%
	Desocupada	 8,3%	 7,3%	 7,9%
	Inactiva	 47,8%	 41,0%	 45,0%
Condición de sexualidad	Nunca ha tenido relaciones s	 17,6%	 14,5%	 16,3%
	Sexualmente Activa	 37,4%	 33,8%	 35,9%
	Sexualmente Inactiva	 45,0%	 51,7%	 47,7%
Condición de pobreza subjetiva	Muy pobre	 2,2%	 3,5%	 2,7%
	Pobre	 21,5%	 40,4%	 29,2%
	No pobre	 76,3%	 56,2%	 68,1%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Cuando se analiza la muestra por grupos de edad, la distribución refleja la pirámide poblacional de Bolivia, esto gracias a que en el diseño consideró el relevamiento de información por cupos de edad.

Del total de mujeres entrevistadas aproximadamente el 43% son mujeres casada o convivientes, el restante 57% corresponde a mujeres solteras, separadas, divorciadas o viudas, de las cuales el 20% se encuentra en una relación sentimental, y el 37% no está en ninguna relación sentimental al momento de la entrevista.

Para analizar la procedencia familiar de la informante se indagó si tenía hermanas/os y el número de los mismos, en función a estas preguntas se determinó que si la informante tenía 3 o más hermanas/os se la consideraba como proveniente de una familia numerosa (63% aproximadamente), el restante 37% son hijas únicas o tiene hasta 2 hermanas/os.

Respecto a la auto-identificación indígena aproximadamente el 50% se considera perteneciente a un pueblo indígena originario, entendido éste último como los pueblos que se encontraban en el territorio boliviano antes de la colonia.

El nivel educativo de las entrevistadas en su mayoría es el secundario (52%), le sigue el nivel superior que incluye pregrado y postgrado (26%), el nivel primario se encuentra en 3er lugar con 15%, y el restante se divide en técnica con 4% y ninguno con 2%.

En cuanto a la condición de actividad el 47% declaro tener un empleo formal o informal, el 45% declaro ser estudiante, ama de casa, jubilada o rentista que comprende el grupo de inactivas, y finalmente el 8% declaró ser desempleada.

Para la variable de condición de sexualidad se definió como mujeres sexualmente activas, a aquellas mujeres en edad fértil que tuvieron al menos una relación sexual en el mes previo al levantamiento de la encuesta (36% aproximadamente); las mujeres en edad fértil cuya última relación sexual fue pasado el mes (48%) se las consideró como sexualmente inactivas; la última categoría corresponde a las mujeres que nunca tuvieron relaciones sexuales (16% aproximadamente).

Finalmente, como una aproximación a la condición de pobreza de las informantes se les pidió que compararan el nivel de vida de su hogar con el resto de hogares de su ciudad, el 68% se consideró no pobre, el 29% considera que su hogar es pobre, y aproximadamente el 3% se considera muy pobre en relación al resto de los hogares.

Sobre la base de estas variables, se procesó la información para el análisis de los resultados y de alguna manera complementar la información proveniente de los grupos focales.

5.2.1. Transición a la vida reproductiva

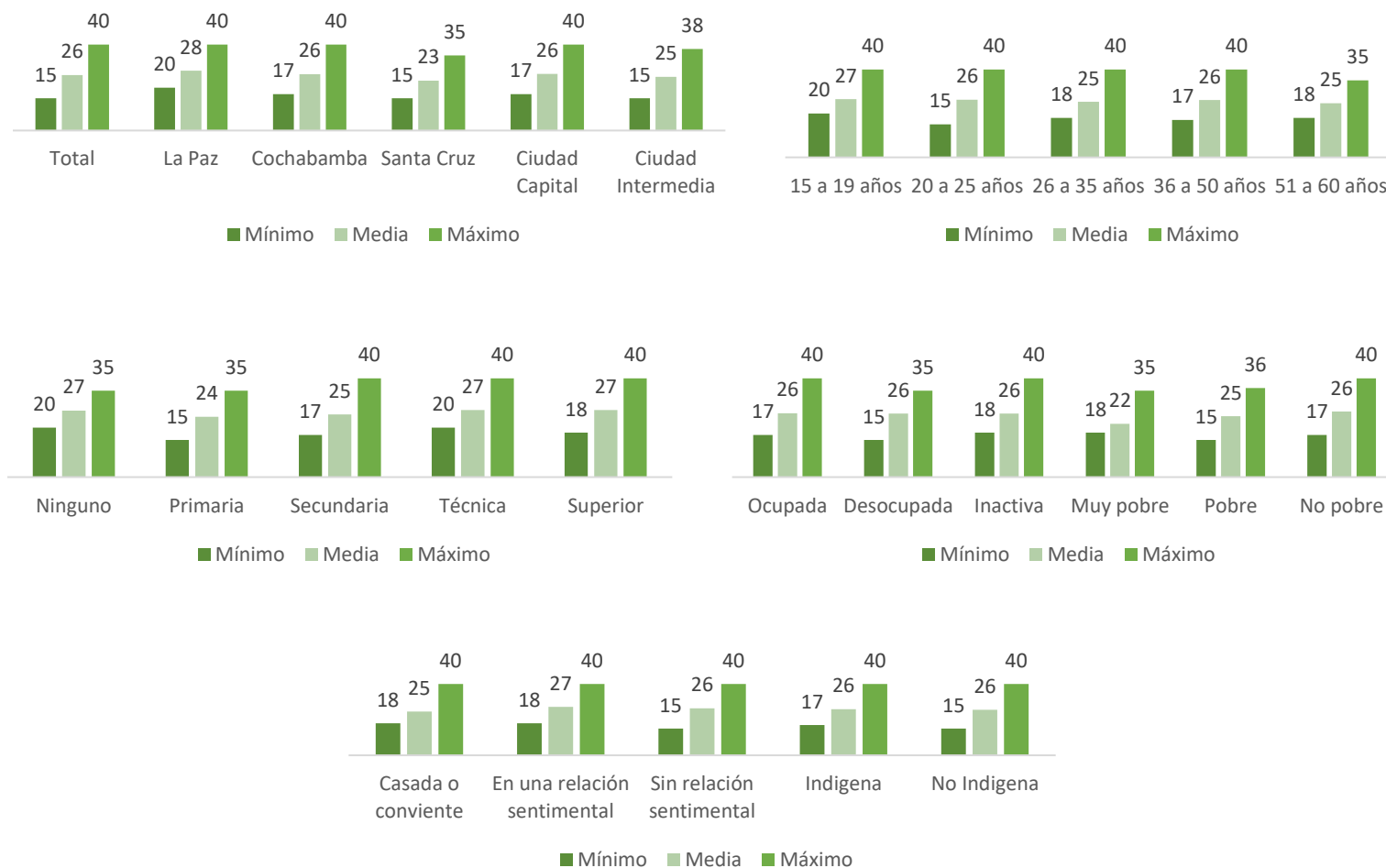
La edad a la que ocurre el nacimiento del primer hijo es de relevancia debido a que el inicio de la maternidad a edades tempranas tiene consecuencias particulares en la vida de los individuos como en el ámbito demográfico. En este sentido, es importante resaltar el tema de salud pública, ya que, en comparación con mujeres de edad más avanzada, las jóvenes menores a 19 años tienen el doble de probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto; y sus hijos también corren un riesgo mucho más alto de morir antes de cumplir un año de edad, que los de mujeres en sus años veinte, sobre todo cuando esto se conjuga con condiciones particulares de marginación (Stern, 1997; usaid, 2005).

Para profundizar en el análisis de los cambios ocurridos en el calendario del nacimiento del primer hijo, uno de los indicadores básicos que permiten tener un mejor acercamiento a este evento es la edad mediana a la ocurrencia de la maternidad, que se refiere a la edad a la que el 50 por ciento de las mujeres tuvieron un hijo por primera vez. Para poder observar la dinámica en el tiempo de este indicador, se toma la comparación de los datos disponibles en las EDSAs, de acuerdo a la EDSA 2016 (pag 29) la edad mediana al primer nacimiento a nivel nacional era de 21,1 años y para el 2008 era de 21,0. Al analizar estos cortes se confirma que la llegada del primer hijo ocurre cada vez a edades menores.

Diferenciar de acuerdo al contexto socioeconómico a las mujeres que experimentan la transición a la maternidad proporciona mayor claridad sobre los factores que inciden, ya sea retrasando o adelantando esta transición, lo que permite facilitar el diseño de políticas públicas para asegurar a todos los individuos el derecho a decidir el momento más oportuno para la reproducción. En este contexto la encuesta indagó entre las mujeres encuestadas la edad ideal para tener el/a primer/a hijo/a, con la finalidad de comparar con el dato oficial publicado.

Como se había mencionado antes la edad media al primer embarazo es de 21,1 años y la edad ideal según las entrevistadas es de 26 años de edad; cuando analizamos por ubicación geográfica, vemos que Santa Cruz, tiene una menor edad ideal para el primer embarazo (23 años). Del análisis en los grupos de edad rescatamos que la diferencia de edad entre cada grupo no es significativa y que mientras que las más jóvenes quieren retrasar la maternidad (27 años), las adultas mayores buscan adelantarla (25 años).

Gráfico 2: Edad ideal para tener el/a primer/a hijo/a según características seleccionadas (edad mínima, máxima y promedio)



Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

5.2.2. Percepción sobre el rol de la mujer y barreras a la maternidad

Partiendo de la igualdad de género, las mujeres deben ser capaces de asumir en esta sociedad el rol de cualquier ser humano, porque son capaces de pensar, discernir y decidir sobre circunstancias de importancia y trascendencia social, para ayudar y contribuir a la toma de decisiones y, de esta manera compartir los roles hombre y mujer.

El rol de la mujer se ha circunscrito, desde el inicio de la construcción de la sociedad, al ámbito estrictamente familiar. Progresivamente, la mujer fue asumiendo otros roles en el ámbito público tras las reivindicaciones llevadas a cabo para conseguir avanzar en las conquistas que el otro género, los hombres, iban adquiriendo de acuerdo con la propia evolución del mundo. Las mujeres de los países desarrollados se han ido incorporando al desarrollo de sus países como consecuencia de una búsqueda y un anhelo constante para obtener la igualdad con el hombre, pero manteniendo el respeto a la diversidad.

Esta incorporación todavía es muy lenta en países de la región y especialmente Bolivia, donde la desigualdad económica entre los géneros es un problema enraizado que proviene de las relaciones históricamente desiguales de poder y que se materializa con la discriminación, la desigualdad social y la violencia que sufren las mujeres.

Estas desigualdades económicas están directamente vinculadas con el trabajo doméstico no remunerado y el trabajo de cuidado de la población infantil, personas adultas mayores y personas con discapacidad. Estas tareas recaen fundamentalmente en las mujeres y niñas, sobre todo en las más pobres, sumiéndolas en un círculo vicioso de informalidad y precariedad laboral. Para avanzar, es necesario deconstruir el papel (rol) de género se configura con el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino.

En este contexto, la encuesta realizó la exploración de las percepciones y sentires de las mujeres mediante la lectura de frases estereotipadas que muchas veces definen los roles de hombre y mujeres, para conocer la posición ideológica de las mujeres. Se listaron 9 afirmaciones:

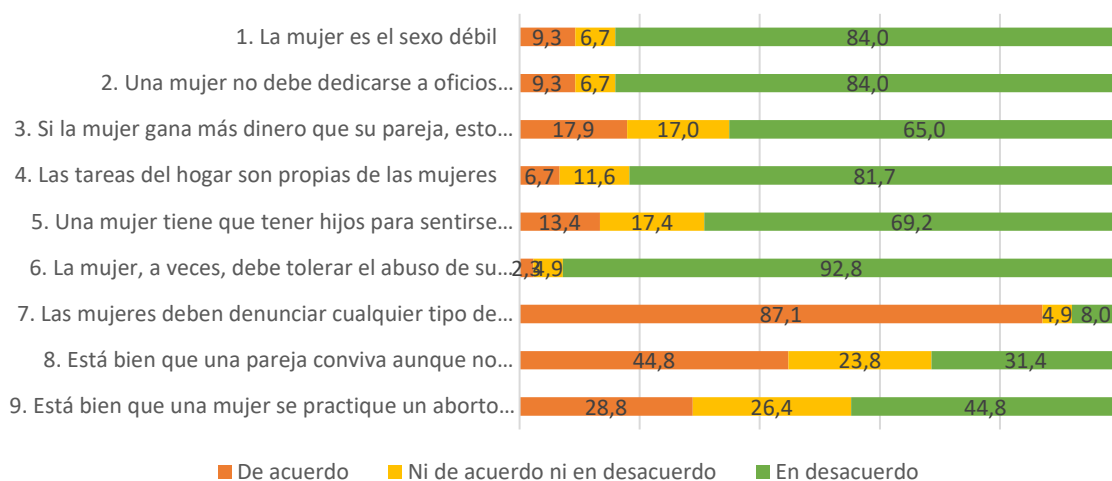
1. La mujer es el sexo débil;
2. Una mujer no debe dedicarse a oficios generalmente realizados por hombres (ej. mecánicos);
3. Si la mujer gana más dinero que su pareja, esto no es bueno para la relación;
4. Las tareas del hogar son propias de las mujeres;
5. Una mujer tiene que tener hijos para sentirse realizada;
6. La mujer, a veces, debe tolerar el abuso de su pareja;
7. Las mujeres deben denunciar cualquier tipo de abuso;

8. Está bien que una pareja conviva, aunque no tengan intención de casarse;
9. Está bien que una mujer se practique un aborto si es un embarazo no deseado

A las cuales la entrevistada debía contestar si estaba de acuerdo, en desacuerdo o le era indiferente. Las afirmaciones seleccionadas responden a estereotipos negativos, roles de género, y percepciones sobre la violencia y el aborto.

Los resultados de esta pregunta son los siguientes:

Gráfico 3: Percepciones y sentires de las mujeres (en porcentaje)

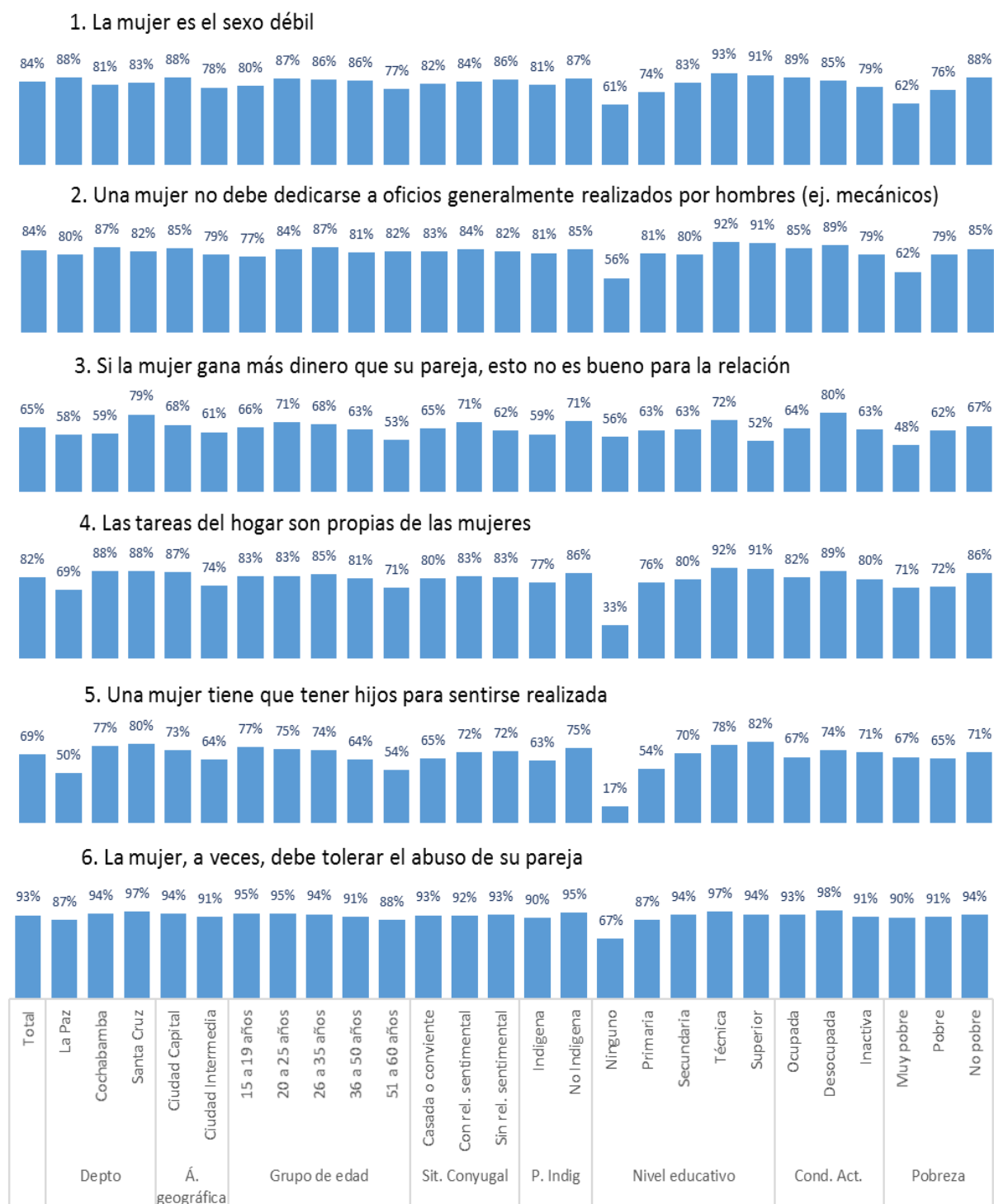


Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Como se puede observar el gráfico anterior, las mujeres expresaron un desacuerdo rotundo en las afirmaciones de la 1 a las 6, que tiene que ver con roles y estereotipos negativos de género, esto nos indica que hay una conciencia y empoderamiento por parte de las mujeres que ya son conscientes de sus capacidades y saben que el rol que cumplen en la sociedad no se limita a la vida familiar o la crianza de los hijos. En esta misma línea se tiene la afirmación nro. 7, con la que están muy de acuerdo con el 87%, que tiene que ver con tolerancia cero a la violencia. Sin embargo, en las afirmaciones 8 y 9, existe todavía tabús entre lo que la sociedad considera correcto e incorrecto, como es el caso de la unión libre (afirmación 8) y el aborto (afirmación 9).

Para profundizar estos sentires y percepciones de las mujeres se presenta el siguiente cuadro que resume las afirmaciones de la 1 a la 6 y las desglosa por las características estudiadas.

Gráfico 4: Afirmaciones listadas, según características seleccionadas (respuesta en desacuerdo, en porcentaje)

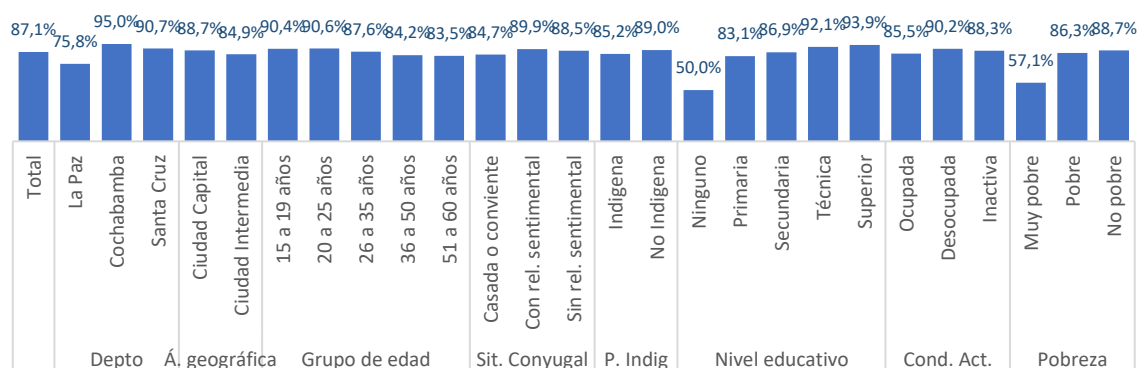


Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Si analizamos el perfil de las características de mujer que estarían en menor desacuerdo que el resto, y que por lo tanto podría tener mayor probabilidad de ser vulnerable y menos empoderada, son las mujeres del departamento de La Paz, que viven en ciudad intermedia, que son menores a 19 años o mayores a 51 años, indígenas, con nivel de instrucción de secundaria, primaria o ninguno, y que se consideran muy pobres o pobres.

Al igual que la afirmación 6., la afirmación 7. Las mujeres deben denunciar cualquier tipo de abuso; tiene apoyo mayoritario de las mujeres, lo menores porcentajes lo tienen las mujeres que no tiene ningún nivel de instrucción (50%); son muy pobres (57,1%) y son del departamento de La Paz (75%).

Gráfico 5: Mujeres que concuerdan que “Las mujeres deben denunciar cualquier tipo de abuso”, según características seleccionadas (en porcentaje)



Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Como se había mencionado antes las afirmaciones 8 y 9, no están tan definidas como las anteriores, vale decir que tanto en la opción de respuesta de acuerdo como en desacuerdo tienen importantes porcentajes. Para poder realizar el análisis comparativo entre las características seleccionadas, se presenta una tabla con reconocimiento e escala de calor.

Cuadro 5. Afirmaciones 8 y 9, según características seleccionadas (en porcentaje)

		8. Está bien que una pareja conviva aunque no tengan intención de casarse tabulación cruzada			9. Está bien que una mujer se practique un aborto si es un embarazo no deseado tabulación cruzada		
CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS		De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo
Total		44,8%	23,8%	31,4%	28,8%	26,4%	44,8%
Depto	La Paz	26,2%	48,8%	25,0%	14,2%	48,8%	36,9%
	Cochabamba	53,5%	11,5%	35,0%	37,3%	18,8%	43,8%
	Santa Cruz	54,9%	10,9%	34,2%	35,0%	11,3%	53,7%
Á. geográfica	Ciudad Capital	47,6%	23,3%	29,1%	32,0%	29,6%	38,5%
	Ciudad Intermedia	40,7%	24,6%	34,7%	24,3%	21,8%	53,9%
Grupo de edad	15 a 19 años	37,6%	26,4%	36,0%	24,0%	28,8%	47,2%
	20 a 25 años	50,4%	26,6%	23,0%	38,8%	30,9%	30,2%
	26 a 35 años	50,2%	26,4%	23,4%	27,9%	31,3%	40,8%
	36 a 50 años	45,7%	21,7%	32,6%	29,9%	19,9%	50,2%
	51 a 60 años	31,9%	15,4%	52,7%	19,8%	20,9%	59,3%
Sit. Conyugal	Casada o conviviente	48,6%	22,2%	29,1%	26,4%	22,2%	51,4%
	Con rel. sentimental	46,8%	27,8%	25,3%	32,9%	31,0%	36,1%
	Sin rel. sentimental	39,2%	23,4%	37,4%	29,4%	28,7%	42,0%
P. Indig	Indígena	39,4%	26,7%	33,9%	27,2%	26,4%	46,4%
	No Indígena	50,1%	21,0%	28,9%	30,4%	26,3%	43,2%
Nivel educativo	Ninguno	5,6%	38,9%	55,6%	5,6%	38,9%	55,6%
	Primaria	32,2%	18,6%	49,2%	32,2%	18,6%	49,2%
	Secundaria	46,4%	25,7%	27,9%	46,4%	25,7%	27,9%
	Técnica	52,2%	22,2%	25,6%	52,2%	22,2%	25,6%
	Superior	45,5%	21,2%	33,3%	45,5%	21,2%	33,3%
Cond. Act.	Ocupada	48,1%	21,3%	30,6%	48,1%	21,3%	30,6%
	Desocupada	50,8%	23,0%	26,2%	50,8%	23,0%	26,2%
	Inactiva	40,3%	26,6%	33,1%	40,3%	26,6%	33,1%
Pobreza	Muy pobre	47,6%	23,8%	28,6%	23,8%	19,0%	57,1%
	Pobre	44,9%	18,9%	36,1%	27,8%	19,4%	52,9%
	No pobre	44,6%	25,9%	29,5%	29,5%	29,7%	40,8%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Respecto a la afirmación 8. Que indaga sobre la unión libre, podemos decir que las mujeres que viven en ciudad capital, que son menores de 19 años o mayores de 51 años de edad, que no se auto-consideran pertenecientes a ningún pueblo indígena, que tienen un nivel educativo de primaria o ninguno son las más conservadoras al respecto.

El tema de la interrupción del embarazo, afirmación 9, las mujeres en desacuerdo con esta práctica tienen un porcentaje mayor. Las mujeres del departamento de Santa Cruz, menores de 19 y mayores a 31 años de edad, casadas, con nivel de instrucción primaria o ninguno, que se consideran muy pobres, son quienes presentan un perfil más conservador respecto al aborto.

Finalmente, para cerrar este acápite, se seleccionaron 6 aspectos cotidianos de las mujeres y como se verían afectados si la entrevistada se encontrase embarazada al momento de la entrevista. Las opciones de respuesta fueron: positivo, negativo, y ni positivo ni negativo.

El siguiente cuadro solo considera las opciones de respuesta negativas porque han sido la mayoría en su declaración.

Cuadro 6. Barreras e incentivos para la maternidad

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS		1 Disponer del tiempo personal	2 Oportunidades de empleo	3 Realización profesional	4 Situación económica	5 Vida sexual	6 La relación de pareja
		Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Total		56,6%	64,5%	58,8%	56,0%	51,2%	41,8%
Departamento	La Paz	58,8%	70,4%	60,4%	59,2%	49,2%	40,4%
	Cochabamba	48,8%	51,5%	48,8%	44,2%	45,4%	35,0%
	Santa Cruz	62,3%	71,6%	67,3%	64,6%	59,1%	50,2%
Área geográfica	Ciudad Capital	52,2%	61,1%	55,4%	52,4%	47,8%	38,3%
	Ciudad Intermedia	63,1%	69,4%	63,7%	61,2%	56,2%	47,0%
Grupo de edad	15 a 19 años	64,0%	62,4%	63,2%	64,0%	52,0%	53,6%
	20 a 25 años	57,6%	64,0%	60,4%	51,1%	50,4%	40,3%
	26 a 35 años	49,3%	61,7%	51,2%	52,2%	43,8%	31,8%
	36 a 50 años	54,3%	64,3%	56,1%	52,9%	48,4%	36,7%
	51 a 60 años	67,0%	74,7%	73,6%	68,1%	74,7%	62,6%
Situación Conyugal	Casada o conviente	54,1%	64,9%	56,5%	53,2%	48,9%	36,6%
	En una relación sentimental	57,0%	57,6%	53,8%	50,6%	47,5%	38,6%
	Sin relación sentimental	59,4%	67,8%	64,3%	62,2%	55,9%	49,7%
Nivel educativo	Ninguno	83,3%	83,3%	83,3%	83,3%	77,8%	77,8%
	Primaria	61,9%	69,5%	61,9%	62,7%	60,2%	54,2%
	Secundaria	61,2%	71,4%	64,0%	62,0%	52,1%	44,4%
	Técnica	43,8%	48,3%	46,3%	40,9%	41,9%	24,6%
	Superior	45,5%	51,5%	48,5%	36,4%	51,5%	51,5%
Condición de actividad	Ocupada	55,5%	59,6%	58,2%	53,8%	51,4%	39,6%
	Desocupada	47,5%	62,3%	49,2%	55,7%	44,3%	29,5%
	Inactiva	59,4%	70,0%	61,1%	58,3%	52,3%	46,3%
Condición de pobreza subjetiva	Muy pobre	66,7%	81,0%	76,2%	81,0%	66,7%	47,6%
	Pobre	59,9%	68,7%	64,3%	63,4%	55,1%	50,2%
	No pobre	54,8%	62,0%	55,8%	51,8%	49,0%	38,0%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Cuando se indaga por cómo afectaría un embarazo no planificado, en cuanto a diferentes aspectos de la vida como ser: el tiempo personal las oportunidades de empleo, la realización profesional, su situación económica, vida sexual o su relación con la pareja, vemos que el que consideran que un embarazo tendría un mayor efecto negativo a las oportunidades de empleo con un 64,5%, le sigue la realización personal de las mujeres con 58,8%, ambos aspectos muy relacionados.

Con 56,6% y 56% se encuentran el disponer de tiempo personal y su situación económica, respectivamente. Finalmente, los aspectos menos negativos son la vida sexual y la relación de pareja, que presentan porcentajes de 51,2% y 41,8% correspondientemente.

Si nos centramos en las oportunidades de empleo y realización profesional y vemos los perfiles de las mujeres que sienten o piensan que el embarazo sin planificación afectaría de manera negativa en estos aspectos de su vida tenemos lo siguiente, las mujeres de Santa Cruz (71,6%) y La Paz (70,4%) son quienes tienen un porcentaje mayor que Cochabamba que se encuentra 10 puntos porcentuales por debajo; las mujeres de ciudades intermedias tienen una percepción más negativa que las de las ciudades capitales, esto puede deberse que hay menores oportunidades laborales en las mismas. En cuanto a las edades son las adultas mayores de 50 a 60 años que tienen una percepción más negativa y en la realización profesional se suman las menores de 15 a 19 años. Las personas que no tienen ningún nivel de instrucción son las más críticas en estos aspectos pues el 83,3% de este grupo piensa que les afectaría negativamente, similar porcentaje presentan las mujeres que se consideran muy pobres con un 81% y 76,2%.

En cuanto a la disposición del tiempo personal de la informante, más de la mitad de mujeres 57% declara que el efecto sería negativo, quienes consideran un efecto negativo mayor son las adolescentes de 15 a 19 años y las personas adulto mayores de 51 a 60 años. Un cuarto aspecto es la situación económica que según las informantes tendría un impacto negativo en sus vidas. Lo referente a cómo afectaría a su vida sexual y la relación de pareja el porcentaje de respuestas negativas es mucho menor lo que implica que el efecto sería entre positivo o no le afectaría. La percepción de las mujeres de Cochabamba de acuerdo al cuadro presentado, son quienes indican un efecto negativo en menor medida, en comparación a los departamentos de La Paz y Santa Cruz. Al igual que las mujeres de 26 a 35 años y las mujeres que tienen como grado de educación un nivel superior o técnico, es de esperarse puesto que recordemos que la edad ideal para tener un hijo es de 26 años, una edad en la que posiblemente ya se tenga una profesión u oficio que permita ausentarse una temporada del mercado laboral sin que afecte la realización profesional.

En términos generales podemos decir, que las mujeres muy pobres, sin ningún nivel de instrucción son quienes consideran que los embarazos no planificados tienen un efecto muy negativo en los aspectos preguntados, con diferencias porcentuales importantes (de 10 a 20 puntos porcentuales) con respecto a las demás categorías.

Identificar estos factores determinantes de la fecundidad y proporcionar información sobre los cambios en el pensamiento de las mujeres respecto a sus creencias, expectativas, con la perspectiva de género es especialmente pertinente dentro de los sistemas de género, como un importante punto de convergencia entre lo social y lo biológico, lo público y lo privado. La relación problemática entre la fecundidad y la equidad de género promovida por las instituciones a lo largo de la historia, donde la fecundidad representa además un campo con importantes condicionantes biológicos y socioculturales para las mujeres y los

hombres, con un impacto diferencial para muchas esferas de su vida (educación, trabajo, salud y ocio personal).

5.2.3. Preferencias reproductivas y embarazo no planeado y no deseado

La fecundidad es una de las variables demográficas más importante para evaluar la tendencia de crecimiento de la población y sustentar adecuadamente las proyecciones sobre su evolución en el futuro.

De acuerdo a la última EDSA³, realizada el 2016 las tasas de fecundidad evidencian una reducción moderada de la fecundidad, en comparación con las ENDSA anteriores. Esta tasa es interpretada como el promedio de hijos nacidos vivos que tendrían las mujeres durante toda su vida reproductiva, si las tasas de fecundidad por edad obtenidas en la encuesta se mantuviesen invariables en el tiempo y las mujeres sobrevivieran todo su período reproductivo.

De acuerdo a esta encuesta la Tasa Global de Fecundidad para la ENDSA 1998 fue de 4,2; para la ENDSA 2003 fue de 3,8; ENDSA 2008 se registró 3,5 y finalmente para la EDSA 2016 fue de 2,9. En ese entonces el país se encontraba en un nivel de fecundidad intermedio, según la clasificación de CELADE/ CEPAL, a más de un hijo del umbral de reemplazo.

Partiendo de este indicador, y para poder ver la cercanía del ideal de número de hijas/os que una mujer desearía tener a lo largo de su vida. Este último indicador hace referencia a los ideales reproductivos, los cuales son el resultado de una serie de procesos en los que intervienen factores económicos, sociales y educativos entre otros. Su análisis es importante dado que los cambios en estos ideales influyen en la determinación de la fecundidad y descendencia final de las parejas, y proporcionan evidencias sobre las necesidades de salud sexual y reproductiva en la población.

La encuesta preguntó a todas las mujeres cuántas hijas/os desearía tener o haber tenido, independientemente de su situación conyugal o tenencia de hijas/os, las opciones de respuesta fueron categorías que contemplaron desde ninguna/o hasta 4 o más. La medida de tendencia central para la presentación de este indicador fue la moda, es decir el valor mayormente repetido entre las respuestas de las mujeres.

Según los datos de la encuesta el ideal de número de hijas/os deseadas/os por las mujeres es de 2, las mujeres buscan más de un hijo del umbral del reemplazo. La moda de la fecundidad efectiva en las mujeres entrevistadas es de 0, es decir que la mayoría no tiene ningún hijo.

³ EDSA 2016, INE, Pág. 29.

Revisando este indicador en función a características seleccionadas (Ver anexo estadístico), las variaciones más interesantes es que en mujeres de 51 a 60 años la moda en la fecundidad deseada es 3, este mismo dato se registra en las mujeres que consideran que su hogar es muy pobre respecto al resto de los hogares de la ciudad.

En relación con la fecundidad efectiva las mujeres que declaran tener 4 o más hijos, son mayores de 36 años de edad, viven en ciudades intermedias, tienen un nivel de instrucción primaria o ninguno, trabajan, consideran que su hogar es pobre o muy pobre con relación al resto de los hogares de la ciudad y declaran tener más hijos de los deseados.

Cuadro 7. Preferencias reproductivas: fertilidad deseada vs. efectiva

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS		Fecundidad deseada			Fecundidad efectiva		
		Moda	Mínimo	Máximo	Moda	Mínimo	Máximo
Total		2	0	4	0	0	4
Departamento	La Paz	2	0	4	0	0	4
	Cochabamba	2	0	4	0	0	4
	Santa Cruz	2	0	4	0	0	4
Grupo de edad	15 a 19 años	2	0	4	0	0	3
	20 a 25 años	2	0	4	0	0	4
	26 a 35 años	2	0	4	2	0	4
	36 a 50 años	2	0	4	4	0	4
	51 a 60 años	3	0	4	4	0	4
Lugar de residencia	Ciudad Capital	2	0	4	0	0	4
	Ciudad Intermedia	2	0	4	4	0	4
Situación Conyugal	Casada o conviviente	2	0	4	4	0	4
	En una relación sentimental	2	0	4	0	0	4
	Sin relación sentimental	2	0	4	0	0	4
Nivel educativo	Ninguno	2	0	4	4	1	4
	Primaria	2	0	4	4	0	4
	Secundaria	2	0	4	0	0	4
	Superior	2	0	4	0	0	4
	Técnica	2	0	4	0	0	4
Condición de actividad	Ocupada	2	0	4	4	0	4
	Desocupada	2	0	4	0	0	4
	Inactiva	2	0	4	0	0	4
Condición de pobreza subjetiva	Muy pobre	3	1	4	3	0	4
	Pobre	2	0	4	4	0	4
	No pobre	2	0	4	0	0	4
Mas hijos de los deseados	Si	2	0	4	0	0	4
	No	2	0	3	4	1	4

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

El porcentaje de mujeres que hasta el momento de la encuesta lograron concretar sus expectativas reproductivas con paridez (tenencia de hijas/os) cero fue de 19,9; la expectativa de tener 1 hija/o con paridez 1 es de 34%, las mujeres que deseaban tener 2 hijas/os y lograron tener esta cantidad de hijas/os es de 59,2%; y el 65% por ciento de las

mujeres de paridez tres deseaban esta misma cantidad; a su vez, 65% de las mujeres que al momento de la encuesta tenían cuatro o más hijas/os, deseaban este mismo número de descendencia.

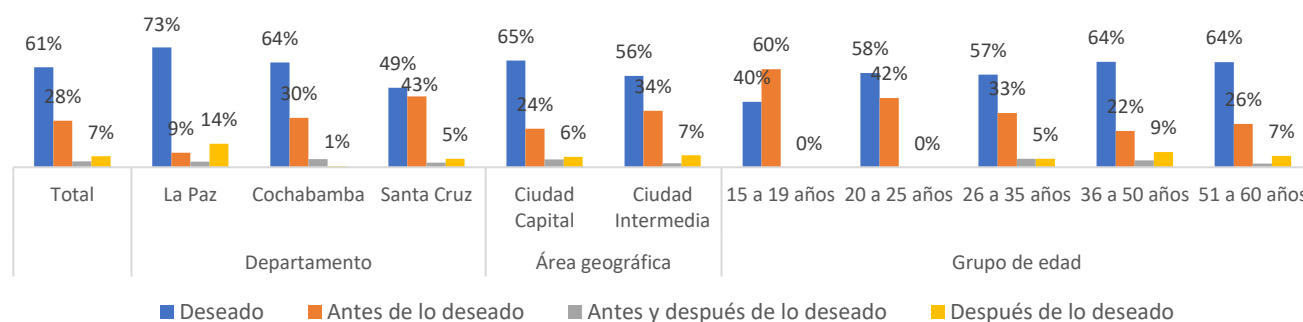
Cuadro 8. Distribución porcentual de mujeres por paridez según número ideal de hijas/os

Tenencia de hijas/os	Número ideal de hijas/os				
	NINGUNO	UNO	DOS	TRES	CUATRO O MÁS
NINGUNO	19,9%	25,1%	41,9%	9,9%	3,1%
UNO	3,0%	34,3%	45,5%	9,1%	8,1%
DOS	2,5%	9,2%	59,2%	19,2%	10,0%
TRES	0,0%	4,9%	14,6%	65,0%	15,5%
CUATRO O MÁS	0,0%	7,3%	27,0%	31,4%	34,3%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Investigar el deseo del embarazo de los hijos nacidos vivos nos acerca hacia la fecundidad deseada o planeada y nos permite conocer también la proporción de la población que sigue siendo un desafío para las acciones de información, orientación o consejería y acceso a los métodos anticonceptivos ante situaciones de fecundidad no planeada o no deseada. Al respecto, se preguntó a las informantes madres si alguno de sus hijos había nacido antes o después de lo deseado.

Gráfico 6: Distribución porcentual de las madres según deseo del embarazo



Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

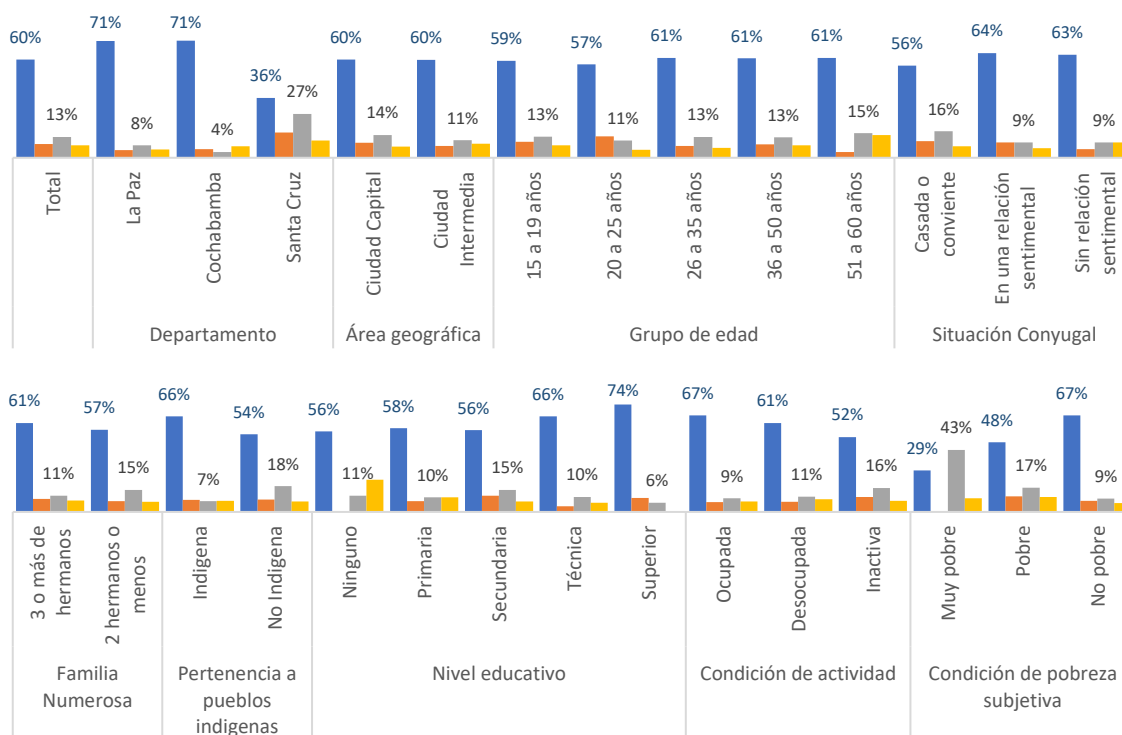
Como se observa el cuadro anterior Santa Cruz registra la mayor tasa de embarazos antes de lo deseado (43%), le sigue Cochabamba (30%) y en La Paz, el mayor porcentaje se registra en los embarazos que ocurrieron después de lo deseado (14%). Cuando analizamos la información por grupo de edad vemos que en adolescentes de 19 años o menos la tasa de embarazos antes de lo deseados es del 60% y de embarazos deseados del 40%, del grupo etario de 25 a 30 años ya se revierte esta situación, con una tasa de 58% embarazos deseados y 42% de embarazos antes de lo previsto. Para los demás grupos de edad la

relación es de 60% de embarazos deseados y un 20% de embarazos cuya ocurrencia es antes de lo deseado (las demás categorías de investigación se encuentran desglosadas en el anexo estadístico).

En la encuesta también se incluyeron preguntas subjetivas que hacen a los sentires de las mujeres, para profundizar y complementar el indicador, es así que se preguntó por la razón principal por la que las mujeres quieren ser madres. Las opciones de respuesta listadas fueron: 1. Quiero ser madre/ Formar una familia; 2. Quiero la parejita o un hijo de sexo diferente al/os que tengo; 3. Para que los hijos tengan hermanos; 4. Me he vuelto a unir o casar; 5. Los hijos unen más a la pareja; 6. Mi pareja quiere; 7. Para tener en el futuro quien se ocupe de mí; y 8. Otros.

De acuerdo a los datos analizados, la razón principal identificada por las mujeres fue la numero 1. Quiero ser madre/ Formar una familia; por ello se analiza esta opción de respuesta por todas las características seleccionadas:

Gráfico 7: Porcentaje de mujeres que conocen, usaron y usan algún método anticonceptivo, según características seleccionadas. (en porcentaje)



1. Quiero ser madre/ Formar una familia;

2. Quiero la parejita o un hijo de sexo diferente al/os que tengo;

3. Para que los hijos tengan hermanos

7. Para tener en el futuro quien se ocupe de mí

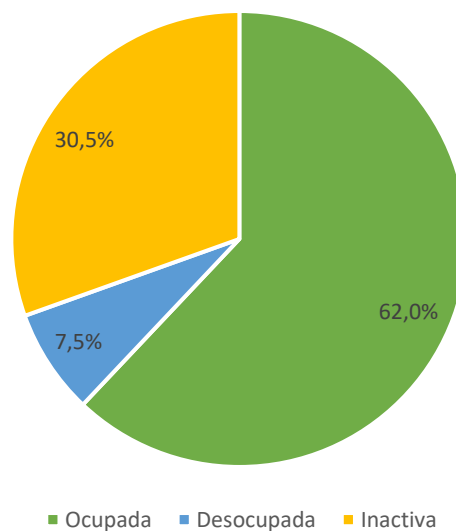
Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

En el departamento de Santa Cruz además de la opción 1 Quiero ser madre...(36%), también presenta un porcentaje importante la opción 3. Para que los hijos tengan hermanos (27%); también se observa, que las mujeres que consideran que su hogar es muy pobre respecto al resto, la razón principal para querer ser madres es la opción 3.

Las demás categorías seleccionadas oscilan entre las opciones 1, 2 y 3, si presentar picos o diferencias significantes respecto al valor total.

Es cada vez más común (y necesario) que las mujeres regresen al trabajo después de tener un hijo/a, y además por la situación económica las mujeres regresan a trabajar más temprano. Para la mayoría de las mujeres, quedarse en casa a tiempo completo ya no es una opción. El problema es que la formalidad del empleo en Bolivia tiene muy poca cobertura, según la Encuesta Continua de Empleo del INE a julio del 2022 aproximadamente el 68% correspondían a empleos en el sector informal, considerando a aquellos trabajadores que realizan actividades por cuenta propia y sus familiares que no reciben remuneración. Cuando en la encuesta se pregunta por la ocupación de la entrevistada sólo el 30% de las mujeres ocupadas declararon estar en un empleo formal. Considerando las características del mercado laboral podemos suponer que cuando una mujer deja de trabajar por la maternidad existe un 70% de probabilidades que no tenga beneficios sociales que le permitan una licencia de maternidad con sueldo pagado y que luego pueda reinsertarse a su puesto de trabajo. Para explorar la reinsertión de las mujeres al mercado laboral luego de la maternidad, se preguntó si la mujer trabajaba antes de tener un/a hijo/a, y en función de su respuesta se cruzó con su condición de actividad actual, teniendo los siguientes resultados:

Gráfico 8: Porcentaje de mujeres que trabajaban antes de tener un/a hijo/a, según condición de actividad actual. (En porcentaje)



Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

De acuerdo al gráfico anterior, del total de mujeres que trabajaban antes de tener un/a hijo/a, solamente el 62% se reinsertó al mercado laboral, el 30,5% esta como inactiva es decir se dedica a labores de casa principalmente, y el 7,5% se declara como desempleada, es decir que desea y realiza alguna acción concreta para buscar trabajo.

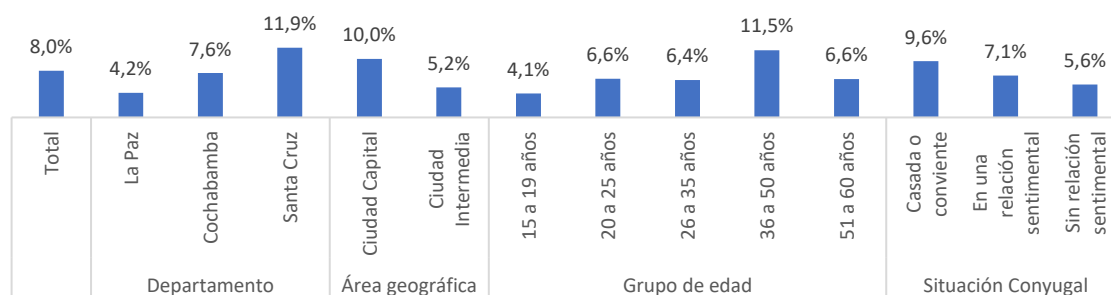
Para concluir este acápite, se presentan los resultados sobre la búsqueda de tratamientos de reproducción asistida. El término "fertilidad" se refiere a la capacidad de reproducir o procrear y no a la reproducción en sí, que es la capacidad de concebir, es decir lograr la unión de dos gametos para el desarrollo de un nuevo ser. Implica, por tanto, la capacidad de tener un niño nacido vivo.

Los indicadores demográficos utilizados para medir la fertilidad en las mujeres de 15 a 49 años son tres: la tasa global de fecundidad (TGF), la tasa general de fecundidad y la tasa de fecundidad específica por edad. La primera refleja el número de nacidos vivos por mujer, la segunda el número de nacidos vivos por cada 1.000 mujeres, la tercera el número de nacidos vivos por cada 1.000 mujeres de cada grupo quinquenal. En Bolivia, la TGF se redujo de 4,8 hijos vivos por mujer en 1994, 3,5 hijos en 2008, a 2,9 hijos por mujer en 2016.

No se puede decir con certeza que los problemas de infertilidad hayan aumentado o vayan a aumentar, dado que no se tiene un registro nacional en el que se pueda apreciar el número o la tendencia. Algunos sucesos podrían decirnos que sí, como las tendencias en otros países cercanos (ej. Brasil y Argentina), más centros y especialistas que ofrecen servicios de tecnología de reproducción asistida (en 1995 existían 50 centros; hoy, según la Red Latinoamericana de Centros de Reproducción Asistida, existen 191 centros de reproducción asistida), mayor número de mujeres mayores de 35 años que desean por primera vez procrear o la tasa creciente de ETS en el Bolivia.

La encuesta no pretende ser un referente sobre esta temática, simplemente nos presenta un atisbo sobre lo que sucede en el eje central de nuestro país.

Gráfico 9: Porcentaje de mujeres o sus parejas que se han sometido o están actualmente en tratamiento de reproducción asistida (en porcentaje)



Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

De acuerdo a datos de la encuesta del total de mujeres entrevistadas, el 8% ha buscado ayuda para poder tener un/a hijo/a, son los departamentos de Santa Cruz y Cochabamba quienes presentan un mayor porcentaje de mujeres y sus parejas que buscan tratamiento de reproducción asistida. Como era de esperarse la diferencia entre ciudad capital e intermedia es notoria (el doble de la primera), y quienes demandan mayor atención son las mujeres de 36 a 50 años, la situación conyugal indica que las mujeres casadas son quienes acuden en mayor número a este tipo de tratamientos.

Es importante tocar los temas de infertilidad y esterilidad, por las consecuencias sociales y las desigualdades de género relacionadas con los problemas de salud sexual y reproductiva en diferentes contextos geopolíticos y culturales: la infertilidad en la pareja se asocia a mayores tasas de divorcios y violencia de género, las técnicas de reproducción asistida generan cambios en las relaciones de género y se evidencian condicionantes biológicos, ambientales y socioeconómicos en el estudio de la fecundidad.

5.2.4. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos

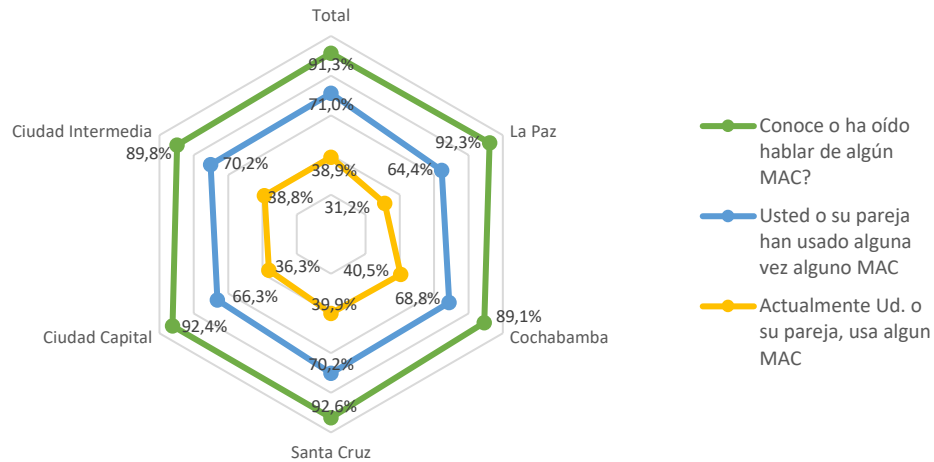
La atención a la salud sexual y reproductiva, pareciera que otorga el papel protagónico al conocimiento sobre aspectos biológicos de la reproducción y la promoción de la abstinencia sexual sin una cultura de prevención desde la perspectiva de los derechos. Sin embargo, a partir de los cambios del rol de la mujer en la sociedad, el ingreso y su permanencia como actora en el desarrollo social y económico, primordialmente por el ejercicio de la planificación familiar y la anticoncepción facilita su empoderamiento en cuanto a sus derechos sexuales y reproductivos, el ejercerlos libremente y de manera autónoma, favorece la transformación de conductas y roles sociales, traduciéndose en condiciones de mayor equidad e igualdad para las mujeres. Por lo anteriormente expuesto, es de suma importancia considerar indicadores que permitan tener un mayor acercamiento al comportamiento sexual y reproductivo que las mujeres tienen en las ciudades capitales e intermedias del eje central de Bolivia.

Para que la población recurra a la anticoncepción como un medio para regular su fecundidad necesita, como primera condición, conocer e identificar la diferente gama de métodos. Según la última Encuesta de Demografía y Salud (EDSA-2016) el 96,2% de las mujeres de las mujeres en edad fértil (entre 15 y 49 años) conoce al menos un método anticonceptivo⁴. La encuesta del presente estudio, realizó la consulta a mujeres entre 15 y 60, años es decir incluye población de mujeres adultas, y dio como resultado que 91,3% de las mujeres entrevistadas conocían o habían escuchado hablar de algún método

⁴ Encuesta de Demografía y Salud - EDSA 2016. INE. Pág. 24.

anticonceptivo (MAC) y, de éstas mujeres el porcentaje que realmente sabe usarlos es más bajo (71%), lo cual probablemente ha tenido como consecuencia embarazos no planeados o no deseados, como se observa en el siguiente gráfico resumen:

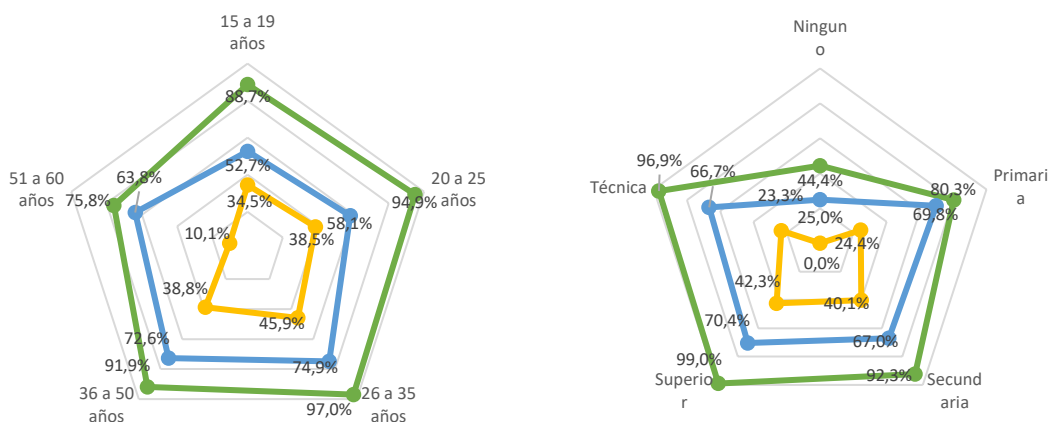
Gráfico 10: Porcentaje de mujeres que conocen, usaron y usan algún método anticonceptivo, según área geográfica seleccionada. (en porcentaje)



Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Cuando analizamos esta información por grupo de edad observamos las mujeres de 26 a 35 años son quienes tienen mayor conocimiento de métodos anticonceptivos con 97% y también con el mayor porcentaje en su uso, tanto actual con 46%, como pasado con 75%. Cuando se realiza el análisis por nivel educativo el porcentaje de conocimiento es mayor cuanto mayor es el grado de instrucción, las mujeres con un grado de educación superior que incluye pregrado y postgrado presentan el mayor porcentaje de conocimiento de MAC, al igual que el uso actual y pasado con 42% y 70% respectivamente:

Gráfico 11: Porcentaje de mujeres que conocen, usaron y usan algún método anticonceptivo, según grupos de edad y nivel de educación. (en porcentaje)



Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Para complementar la información se calculó el promedio de métodos anticonceptivos que conocían las mujeres vs el promedio de preservativos que usan actualmente. El siguiente cuadro, muestra la información por las categorías seleccionadas de departamento, lugar de residencia, grupo de edad, situación conyugal, pertenencia a un pueblo indígena y nivel educativo. Respecto a la primera variable, departamentos, el promedio de MAC que conocen y usan, Santa Cruz tiene un mayor promedio en cuanto a número de MAC conocidos (5,8 MAC en promedio), y que las mujeres y/o sus parejas en Cochabamba en promedio usaron más de un MAC. En cuanto a los grupos de edad son las mujeres de 20 a 35 años de edad quienes tienen mayor promedio en cuanto a MAC conocidos, y son las adolescentes de 15 a 19 años y mujeres adultas de 36 a 50 años quienes registran el usar o haber usado, más de un MAC en promedio. Cuando se observa el promedio de conocimiento de MAC por nivel de instrucción las mujeres que lograron un nivel de educación técnica y superior en promedio conocen mayor cantidad de MAC.

Cuadro 9. Cantidad promedio, mínimo y máximo de métodos anticonceptivos que conocen y usan las mujeres o sus parejas

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS		¿Cuántos métodos anticonceptivos conoce?			¿Cuántos métodos anticonceptivos usa?		
		Media	Min	Max	Media	Min	Max
Total		4,3	1,00	10,00	1,2	1,00	6,00
Departamento	La Paz	3,5	1,00	10,00	1,1	1,00	2,00
	Cochabamba	3,5	1,00	10,00	1,3	1,00	4,00
	Santa Cruz	5,8	1,00	10,00	1,1	1,00	6,00
Lugar de residencia	Ciudad Capital	4,4	1,00	10,00	1,2	1,00	2,00
	Ciudad Intermedia	4,0	1,00	10,00	1,3	1,00	3,00
Grupo de edad	15 a 19 años	3,5	1,00	9,00	1,2	1,00	6,00
	20 a 25 años	4,7	1,00	10,00	1,1	1,00	4,00
	26 a 35 años	4,6	1,00	10,00	1,0	1,00	1,00
	36 a 50 años	4,2	1,00	10,00	1,2	1,00	4,00
	51 a 60 años	3,8	1,00	10,00	1,1	1,00	6,00
Situación Conyugal	Casada o conviviente	4,5	1,00	10,00	1,1	1,00	6,00
	En una relación sentimental	4,1	1,00	10,00	1,2	1,00	4,00
	Sin relación sentimental	4,1	1,00	10,00	1,4	1,00	3,00
Pertenencia a pueblos indígenas	Indígena	3,7	1,00	10,00	1,2	1,00	4,00
	No Indígena	4,8	1,00	10,00	1,2	1,00	6,00
Nivel educativo	Ninguno	1,9	1,00	3,00	0,0	0,00	0,00
	Primaria	3,7	1,00	9,00	1,0	1,00	1,00
	Secundaria	4,1	1,00	10,00	1,1	1,00	6,00
	Superior	4,9	1,00	10,00	1,3	1,00	4,00
	Técnica	4,6	1,00	9,00	1,1	1,00	2,00

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

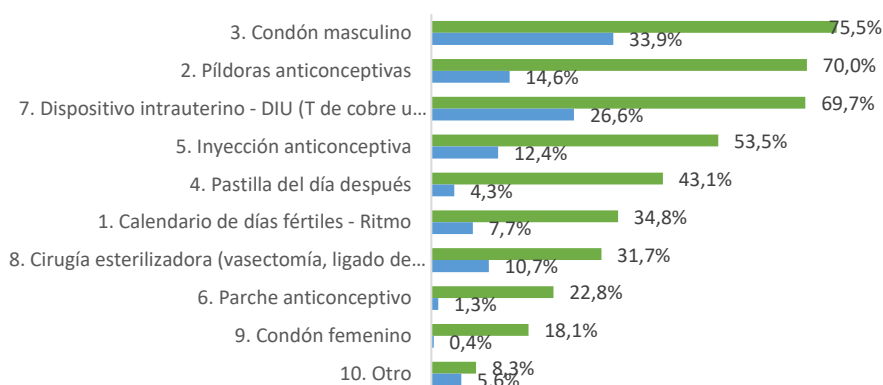
Esta información acorde a los sentires, expectativas, conocimientos y prácticas que las mujeres reflexionaron en los grupos focales, quienes demandan una educación sexual pertinente a las necesidades de las diferentes edades de las mujeres, en una primera instancia que la educación apunte a que las niñas y niños reconozcan y cuiden su cuerpo, principalmente sus partes íntimas, elemento fundamental para prevenir abuso sexual en la primera infancia; para la etapa adolescente, plantean desarrollar temas de violencia sexual y métodos anticonceptivos, entendido principalmente en “cómo evitar el embarazo”, más que la prevención de enfermedades de transmisión sexual, el cual se centra principalmente en prevención del cáncer de cuello uterino con los exámenes periódicos de Papanicolaou; las demandas de las mujeres adultas se centran en la mejora de la prestación de servicios principalmente en madres gestantes y con niños menores.

La disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos favorece el uso siempre y cuando se satisfagan las necesidades de las personas, asimismo, la distribución de la prevalencia anticonceptiva de acuerdo al método permite conocer tanto la variedad ofertada como la preferencia de las parejas por cada uno de éstos (Meneses, 2014). Además, la estructura o mezcla del uso de los anticonceptivos permite identificar cuál es el tipo de demanda y sugiere características de acceso y provisión que debe realizarse.

En este sentido, el cuestionario se indagó una lista de 9 métodos anticonceptivos, el numeral antes de la leyenda indica el lugar que ocupaba en el listado. Este indicador incluye a las mujeres casadas, en concubinato, separadas, divorciadas, viudas o solteras; y permitirá aproximarnos tanto a las necesidades de anticoncepción de las mujeres de acuerdo a la clasificación por cada sub grupo de población que está expuesto al riesgo de tener un embarazo no planeado o de adquirir alguna ITS, principalmente para los grupos etarios más vulnerable de 15 a 25 años.

El siguiente gráfico presenta el orden de mayor a menor de acuerdo a las declaraciones de las informantes. Como se puede observar el MAC mayormente conocido (75,5%) y usado (33,9%) es el condón masculino que ocupaba el 3er lugar en el listado, seguido por las pastillas anticonceptivas (70% lo conoce y 14,6% lo usa) y en tercer lugar los dispositivos intrauterinos (69,7% lo conoce y 26,6%) lo usa.

Gráfico 12: Métodos anticonceptivos que conoce y usa. (En porcentaje)



Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Cuando analizamos la información por grupos de edad, mediante la escala de calor vemos el condón masculino es el de mayor uso entre adolescentes (68,4%) y jóvenes (46,7%), seguido de las pastillas anticonceptivas para los mismos grupos de edad, y que esta disposición se revierte en las mujeres adultas cuya preferencia es el dispositivo intrauterino (27,4% en mujeres de 26 a 35 años y 38,5% en mujeres de 36 a 50 años).

Cuadro 10. Métodos anticonceptivos que conoce y usa según grupos de edad. (en porcentaje)

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	GRUPO DE EDAD									
	15 a 19 años		20 a 25 años		26 a 35 años		36 a 50 años		51 a 60 años	
	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa
3. Condón masculino	85,5%	68,4%	78,6%	46,7%	75,8%	27,4%	71,9%	24,4%	63,8%	42,9%
2. Píldoras anticonceptivas	65,5%	15,8%	74,0%	20,0%	72,7%	19,0%	66,5%	7,7%	72,5%	0,0%
7. Dispositivo intrauterino - DIU	45,5%	10,5%	67,9%	15,6%	77,3%	27,4%	73,9%	38,5%	78,3%	0,0%
5. Inyección anticonceptiva	39,1%	10,5%	52,7%	11,1%	62,4%	14,3%	54,7%	11,5%	49,3%	14,3%
4. Pastilla del día después	46,4%	5,3%	53,4%	8,9%	50,5%	3,6%	35,0%	2,6%	21,7%	0,0%
1. Calendario de días fértiles - Ritmo	18,2%	10,5%	43,5%	8,9%	35,1%	8,3%	37,9%	5,1%	34,8%	14,3%
8. Cirugía esterilizadora	20,0%	0,0%	33,6%	4,4%	37,6%	10,7%	31,5%	15,4%	30,4%	28,6%
6. Parche anticonceptivo	13,6%	0,0%	29,0%	0,0%	23,2%	3,6%	26,1%	0,0%	14,5%	0,0%
9. Condón femenino	12,7%	0,0%	27,5%	2,2%	21,1%	0,0%	13,3%	0,0%	14,5%	0,0%
10. Otro	6,4%	0,0%	13,0%	8,9%	8,2%	6,0%	7,9%	5,1%	4,3%	0,0%

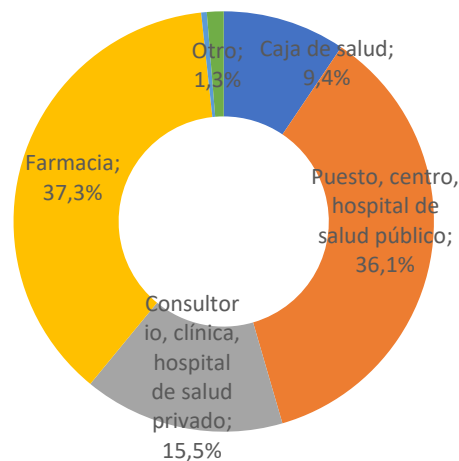
Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Para que las personas puedan acceder a los métodos anticonceptivos es necesario que en los servicios de salud exista una oferta efectiva, es decir, que permita que se lleve a cabo una difusión sobre la existencia, así como de los lugares en los que se encuentra disponible. De acuerdo los resultados de la encuesta, las instituciones de salud del sector público son los lugares a los que más recurre la población para adquirir el método anticonceptivo.

cuenta con toda la gama de métodos anticonceptivos. Adicionalmente se preguntó a las informantes el lugar donde acuden o acudieron para acceder a los MAC, en primer lugar, se encuentra la farmacia con 37,3%, le siguen los centros, puestos y hospitales públicos con 36,1%, ambos lugares representan más del 70%, luego la torta se reparte entre consultorio, clínica u hospital privado y caja de salud con 15,5% y 9,4% respectivamente.

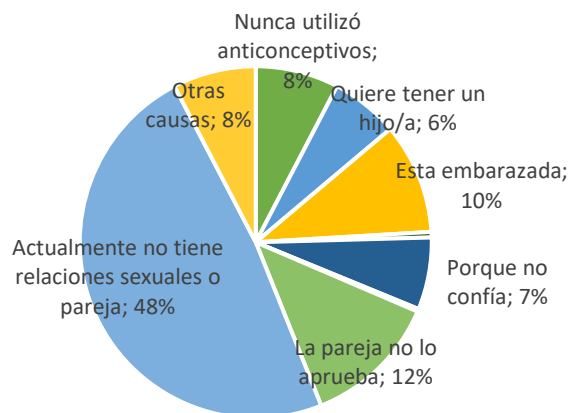
Cuando se analiza la información por otras características seleccionadas, la estructura en los departamentos de La Paz (38%) y Santa Cruz (45%) es la similar al gráfico 13, y Cochabamba estos porcentajes se invierten siendo el primero la farmacia (25%) y en segundo lugar los puestos, centros y hospitales públicos (49%).

Gráfico 13: Lugar donde las mujeres acuden o acudieron para acceder al MAC. (En porcentaje)



Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Gráfico 14: Causa principal por la cual las mujeres no usan un método anticonceptivo. (En porcentaje)



Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Finalmente se buscó indagar la razón por la cual las mujeres no utilizan ningún MAC; de acuerdo al gráfico 14, la principal razón declarada por las entrevistadas fue que no tenían pareja o que no mantenían relaciones sexuales actualmente (48%); muy por debajo la segunda causa es porque la pareja no lo aprueba con 12%, y el tercer lugar porque está embarazada con un 10%. Esta situación no varía respecto a las características seleccionada (Ver anexo estadístico).

Llama la atención la opción “La pareja no lo aprueba”, que es la 2da con mayor porcentaje y que refleja la decisión nula de la mujer en cuanto a cuidados de su salud sexual, lo que además puede repercutir en embarazos no planificados.

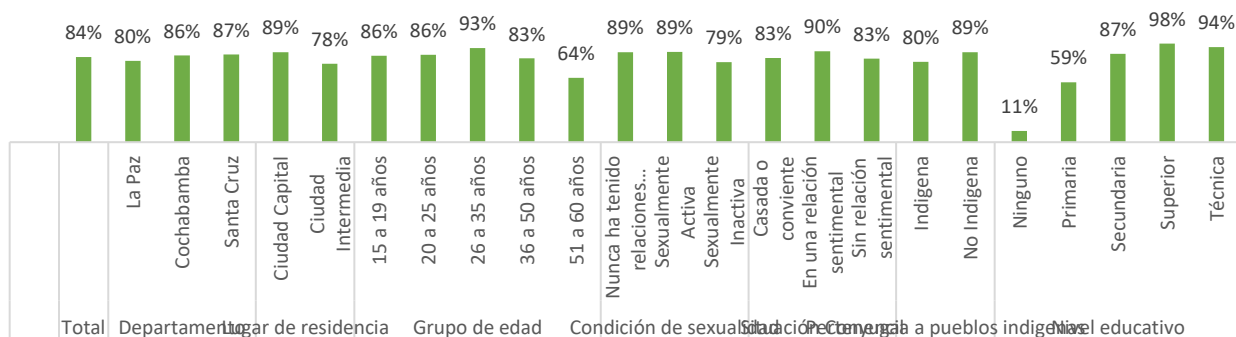
5.2.5. Conocimiento y prevención de enfermedades ginecológicas

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un peligro importante para la salud humana, éstas causan problemas de salud en todas las edades, si bien la adolescencia representa el grupo más vulnerable, lo son también las mujeres casadas o con pareja que se ven expuestas a ITS, por la falta de cuidado de sus parejas.

Para crear conciencia y comprensión de los peligros de las ITS, primero debemos conocer si la población objetivo conoce, y sabe sobre las ITS. Los datos facilitan la toma de decisiones gerenciales con respecto al tipo de servicios que se necesitan en una zona determinada, y la cuantificación de la población destinataria de los programas de prevención y atención potencia a los individuos.

La encuesta pregunto a las mujeres si conocían o habían oído hablar de las enfermedades de transmisión sexual, si la respuesta era afirmativa, se indagaba, mediante una pregunta abierta cuales ITS conocía. Los siguientes resultados hacen referencia a estas 2 preguntas.

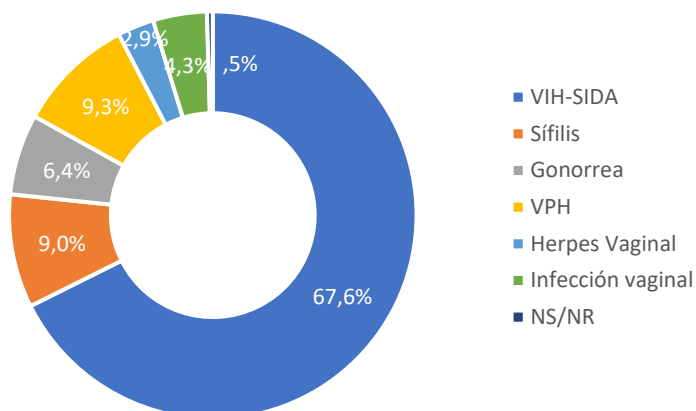
Gráfico 15: Porcentaje de mujeres que conocen una ITS. (en porcentaje)



Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

De acuerdo a la encuesta, el 84% de las mujeres encuestadas conoce o a oído hablar de ITS, las ciudades capitales registran un mayor porcentaje (89%), respecto a las ciudades intermedias (78%). Si analizamos respecto a los grupos de edad, los grupos etarios correspondientes a las adultas mayores son quienes tienen menor porcentaje de conocimiento. Referente a la situación conyugal las personas en una relación sentimental son las mejor informadas. El nivel educativo es predominante en cuanto a la relación del nivel de conocimiento sobre ITS, se observa que a mayor grado de instrucción es mayor el porcentaje de mujeres que declara conocer o haber oído hablar de una ITS.

Gráfico 16: Porcentaje ITS conocida declarada por las mujeres. (en porcentaje)



Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

La enfermedad más conocida entre las encuestadas es el VIH-SIDA con un 67,6%, muy por debajo está el Virus del Papiloma Humano (VPH) con 9,3%, seguido de la sífilis con 9%, y gonorrea con 6,4%. Cuando se analiza de acuerdo a las características seleccionadas:

Cuadro 11. Porcentaje ITS conocidas declaradas por las mujeres, según características seleccionadas. (En porcentaje)

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS		Enfermedad declarada						
		VIH-SIDA	Sífilis	Gonorrea	VPH	Herpes Vaginal	Infección vaginal	NS/NR
Total		67,6%	9,0%	6,4%	9,3%	2,9%	4,3%	,5%
Departamento	La Paz	67,0%	4,8%	4,3%	16,3%	2,9%	4,3%	,5%
	Cochabamba	70,0%	9,9%	7,6%	3,6%	2,7%	5,8%	,4%
	Santa Cruz	65,9%	12,1%	7,2%	8,5%	3,1%	2,7%	,4%
Lugar de residencia	Ciudad Capital	68,2%	9,5%	5,4%	8,6%	2,7%	5,1%	,5%
	Ciudad Intermedia	66,7%	8,1%	8,1%	10,6%	3,3%	2,8%	,4%
Grupo de edad	15 a 19 años	76,6%	7,5%	4,7%	7,5%		2,8%	,9%
	20 a 25 años	67,5%	5,8%	9,2%	4,2%	8,3%	4,2%	,8%
	26 a 35 años	66,3%	11,2%	5,9%	8,0%	2,7%	5,3%	,5%
	36 a 50 años	67,8%	9,3%	5,5%	12,6%	1,6%	3,3%	
	51 a 60 años	55,2%	10,3%	8,6%	17,2%	1,7%	6,9%	
Condición de sexualidad	Nunca ha tenido relaciones sexuales	77,7%	4,5%	6,3%	6,3%	,9%	4,5%	
	Sexualmente Activa	65,5%	9,6%	5,6%	8,8%	4,4%	5,2%	,8%
	Sexualmente Inactiva	65,6%	10,2%	7,1%	10,9%	2,4%	3,4%	,3%
Situación Conyugal	Casada o conviviente	65,0%	8,7%	6,9%	12,3%	3,2%	4,0%	
	En una relación sentimental	65,5%	9,2%	8,5%	6,3%	4,2%	4,9%	1,4%
	Sin relación sentimental	72,0%	9,3%	4,7%	7,6%	1,7%	4,2%	,4%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

De acuerdo al cuadro anterior, las adolescentes y jóvenes del primer grupo etario son quienes registran un mayor porcentaje en la columna VIH-SIDA, es decir, que una mayor cantidad de jovencitas declaró esta enfermedad. Cuando se analiza por la variable condición de sexualidad, las mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales, son quienes presentan un mayor porcentaje de conocimiento del VIH-SIDA.

Llama la atención que pese a las campañas de vacunación las adolescentes no hayan mencionado al VPH, que figura con mayores porcentajes a partir de los 26 años de edad.

Para concluir, a manera exploratoria, se incluyeron preguntas de conocimiento de enfermedades ginecológicas, se preguntó si la entrevistada escuchó sobre el cáncer de cuello uterino, si se realizó alguna vez el PAP (Papanicolaou), si escuchó sobre el cáncer mama, si conoce la menopausia, si sabe que efectos/cambios trae consigo la menopausia. Y finalmente si conoce a alguien que se haya practicado un aborto como indicador indirecto de su incidencia.

El cuadro a continuación presenta el porcentaje de conocimiento de cada una de las enfermedades y temas ginecológicos planteados.

Cuadro 12. Enfermedades y temas ginecológicos conocidos por las mujeres, según características seleccionadas. (En porcentaje)

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS		Ha escuchado sobre el Cáncer de cuello uterino	Se realizó PAP (papanicolau) alguna vez	Ha escuchado sobre el Cáncer de Mama	Ha escuchado sobre la menopausia	Conoce sobre los cambios/efectos que trae la menopausia	Conoce a alguien que se haya practicado un aborto
Total		87,6%	66,0%	90,5%	87,5%	73,5%	46,7%
Departamento	La Paz	82,7%	60,9%	80,0%	83,5%	58,5%	48,5%
	Cochabamba	83,8%	66,4%	93,1%	90,0%	80,8%	40,4%
	Santa Cruz	96,5%	70,4%	98,4%	89,1%	80,3%	51,4%
Lugar de residencia	Ciudad Capital	90,2%	66,4%	95,4%	91,5%	75,1%	51,7%
	Ciudad Intermedia	83,9%	65,3%	83,3%	81,7%	71,0%	39,4%
Grupo de edad	15 a 19 años	76,0%	10,6%	84,0%	60,0%	62,7%	38,4%
	20 a 25 años	85,6%	41,3%	92,1%	84,2%	64,1%	38,1%
	26 a 35 años	93,5%	80,3%	94,0%	94,5%	69,5%	48,3%
	36 a 50 años	91,0%	87,1%	91,0%	95,5%	77,7%	56,1%
	51 a 60 años	85,7%	79,1%	87,9%	95,6%	94,3%	45,1%
Situación Conyugal	Casada o conviviente	94,0%	87,1%	93,1%	94,6%	77,1%	53,2%
	En relación sentimental	86,7%	52,9%	92,4%	84,8%	61,2%	50,0%
	Sin relación sentimental	80,8%	45,5%	86,4%	80,8%	75,8%	37,4%
Pertenencia a pueblos indígenas	Indígena	85,0%	69,3%	84,7%	86,3%	73,0%	42,2%
	No Indígena	90,3%	62,9%	96,2%	88,7%	74,1%	51,2%
Nivel educativo	Ninguno	27,8%	27,3%	44,4%	83,3%	80,0%	11,1%
	Primaria	82,2%	77,9%	83,9%	88,1%	78,8%	39,8%
	Secundaria	87,7%	58,8%	89,6%	82,0%	68,4%	42,7%
	Superior	94,1%	71,2%	99,0%	97,5%	78,8%	61,1%
	Técnica	100,0%	90,6%	97,0%	93,9%	74,2%	51,5%
Condición de actividad	Ocupada	89,3%	77,1%	89,9%	93,7%	77,0%	51,9%
	Desocupada	91,8%	71,9%	96,7%	93,4%	70,2%	54,1%
	Inactiva	85,1%	52,4%	90,0%	80,0%	70,0%	40,0%
Situación de pobreza	Muy pobre	95,2%	85,0%	100,0%	95,2%	75,0%	61,9%
	Pobre	83,7%	65,3%	87,7%	82,4%	71,7%	46,7%
	No pobre	89,0%	65,5%	91,3%	89,4%	74,2%	46,1%
Condición de sexualidad	Nunca ha tenido relacion	77,0%	4,1%	84,9%	63,5%	61,3%	27,0%
	Sexualmente Activa	93,2%	78,4%	96,1%	92,1%	67,3%	59,9%
	Sexualmente Inactiva	87,1%	73,8%	88,2%	92,2%	81,0%	43,5%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Sobre el cáncer de cuello uterino existe un alto porcentaje de conocimiento por parte de las mujeres, los porcentajes menores se presentan en las adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años (76%), las mujeres con ningún grado de instrucción (28%), y finalmente las personas que nunca tuvieron relaciones sexuales con 77%.

A las mujeres que declararon que sí habían escuchado del cáncer de cuello uterino, se les preguntó si se habían practicado alguna vez un PAP, la brecha entre el conocer y hacerse los estudios preventivos es de 20%, es decir que del 80% de las mujeres que escucharon del cáncer de cuello uterino, el 60% se hizo el examen PAP. Esta misma información, como era de esperarse, varía respecto a la edad, las personas menores presentan un porcentaje mucho menor de haberse realizado un PAP. El porcentaje más elevado de mujeres que se realizaron un PAP, corresponde a las mujeres casadas o convivientes.

El porcentaje de mujeres que han escuchado del cáncer de mama es 3 punto porcentuales mayor que las que escucharon del cáncer de cuello uterino. De manera general, se puede inducir que las mujeres tienen un mayor conocimiento sobre el cáncer de mama, puesto que en la mayoría de las categorías seleccionadas se nota el incremento porcentual.

Además, se indagó si habían escuchado sobre la menopausia y los cambios que ocasiona en las mujeres. El porcentaje de conocimiento es alto, total 87% y según características oscila entre 80 y 97 por ciento, los únicos porcentajes relativamente bajos son los del grupo etario de 15 a 19 y las mujeres que nunca tuvieron relaciones sexuales, que por la edad corresponden al grupo de adolescentes. Respecto a los cambios que trae consigo la menopausia el porcentaje es menor, pero sigue siendo significativamente alto. Entre los cambios que en algunos casos anotaron en observaciones, se destaca los calores, cambios de humor, el ya no tener hijos, entre otros.

Como última pregunta se consultó si la entrevistada conocía a alguien que se había practicado un aborto, esta exploración nos permite inferir una tasa de incidencia aproximada de personas que usaron este método. Del total de entrevistadas el 47% declara que conoce a alguien de su entorno que se ha practicado un aborto. Este porcentaje es elevado y presenta un mayor porcentaje en Santa Cruz con 51,4%.

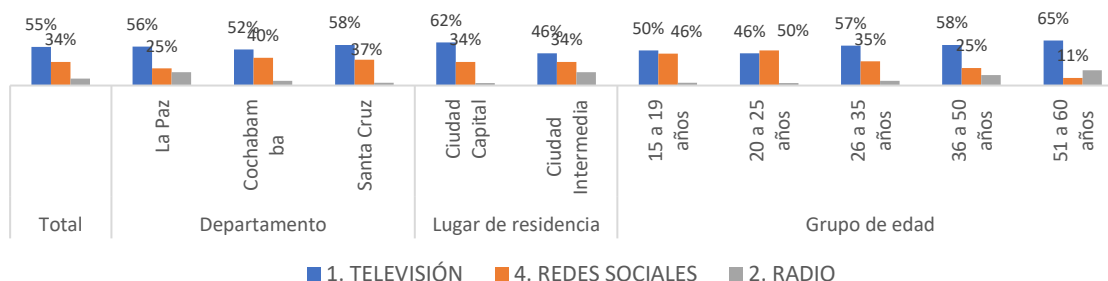
5.2.6. Medios de comunicación

Se ha querido separar en un acápite aparte para analizar lo que concierne a los medios de comunicación que escuchan, ven, leen o siguen las mujeres, porque consideramos que información es vital para conocer los canales de llegada de futuras intervenciones a los grupos específicos de interés.

A pesar de que la evolución de la sociedad ha implicado un cambio en la mentalidad sobre la percepción de la esfera sexual donde el concepto "sexo- concepción" ha quedado relegado a aquellas etapas en las que no se disponía de métodos de planificación; las características socioculturales de la población boliviana, determinan que la decisión en el uso o no de MAC sea un factor de riesgo importante, el sistema actual (llámese patriarcal o machista) cumple un rol importante que conduce la falta de autonomía sexual y reproductiva de la mujer. El enfoque en la educación e información en temas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y anticoncepción debe ser modificado, involucrando de manera más activa al varón, padres de familia, profesores, adecuando a normas y pautas culturales y sociales diversas, denotando una marcada desigualdad e inequidad social. Parte de un enfoque holístico donde la información y educación en todas las esferas y todos los actores es clave, para lograr esto debemos conocer dónde y cómo se informan las mujeres.

La información recolectada y procesada nos permite focalizar de manera más acertada, las estrategias de educación y prevención en cuanto a salud sexual y reproductiva, esto con la finalidad de escoger las herramientas y canales más apropiados, para conseguir el máximo de impacto y beneficios. De acuerdo a las características seleccionadas para el Estudio, podemos inferir qué poblaciones están más expuestas; qué conductas o circunstancias exponen a riesgos a esas poblaciones; y cómo asignar un orden de prioridad a las intervenciones.

Gráfico 17: Medios de comunicación que escuchan, miran o siguen las mujeres para informarse, según características seleccionadas. (En porcentaje)



Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

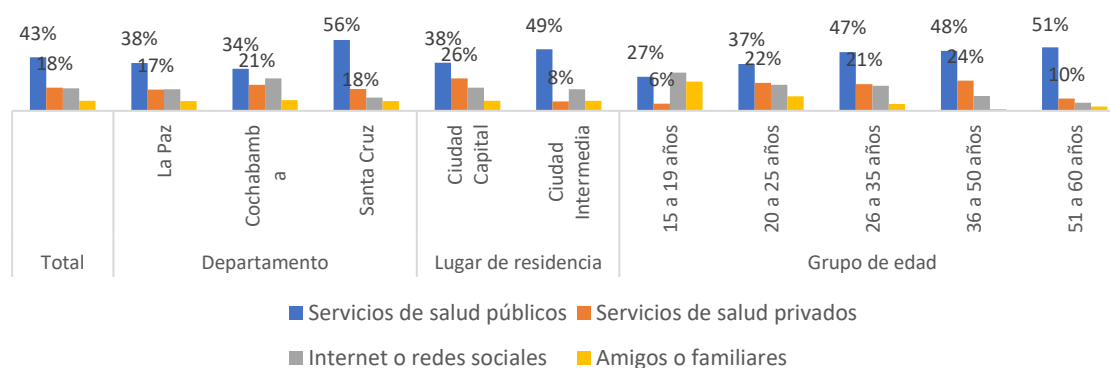
Como punto de partida se indagó por el principal medio de comunicación que escuchan, miran o siguen las mujeres para informarse, posteriormente se investigó sobre los medios

o servicios a los que acuden para informarse sobre temas específicos como métodos anticonceptivos, salud sexual y reproductiva o enfermedades de transmisión sexual.

De manera general las mujeres ven la televisión para informarse sobre cualquier tema, de acuerdo a las características seleccionadas, la televisión mantiene su lugar como el principal medio de comunicación masivo, sólo el grupo etario de 20 a 25 años se observa que el principal medio de comunicación utilizado para informarse son las redes sociales, el cuadro con todas las características seleccionadas se encuentra en los anexos.

Como se indicó en el párrafo anterior, se indagó sobre el principal medio o servicio donde las mujeres recaban información sobre temas sexuales o de planificación familiar, los resultados son los siguientes:

Gráfico 18: Principal medio o servicio que acuden las mujeres, cuando necesita mayor información sobre temas sexuales o métodos de planificación familiar, según características seleccionadas. (En porcentaje)

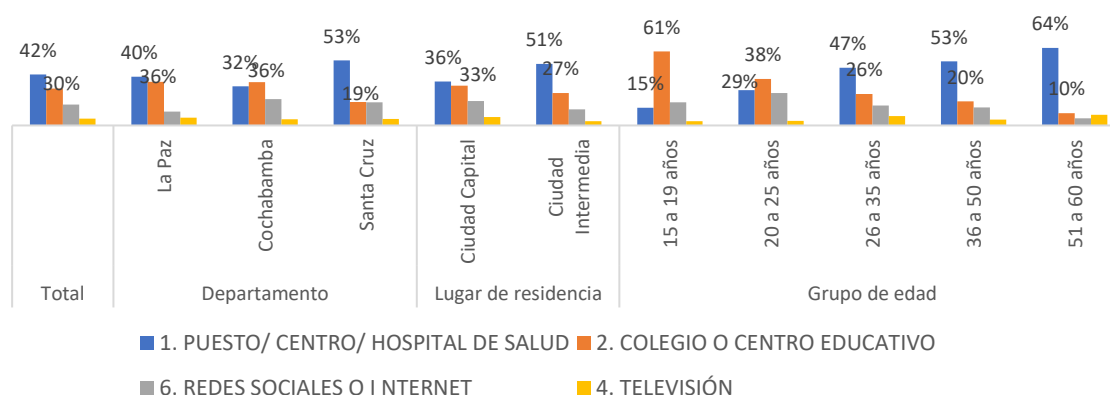


Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Cuando se trata de medios o servicios donde acuden para informarse sobre temas sexuales o de planificación familiar, el principal servicio es el de salud pública (centros, postas y hospitales públicos), en 2do y 3er lugar están los servicios de salud privados (centros, clínicas y hospitales privados) y las redes sociales a su mismo nivel. Si analizamos esta información por grupos de edad, vemos que las adolescentes y jóvenes prefieren usar el internet y las redes sociales para informarse en estos temas específicos, luego los servicios de salud públicos, seguidos de los familiares y amigos, siendo el único grupo que acude en mayor porcentaje a este último. Este dato es importante considerarlo porque refleja la demanda de las mujeres por información que provenga de especialistas, como son los profesionales que trabajan en los centros de salud, es decir que existe la conciencia social de buscar a profesionales cuando se trata de temas sexuales y reproductivos, sin embargo no debe descuidarse la calidad de atención a las mujeres, porque como se pudo recoger las percepciones en los grupos focales, muchas veces existe un maltrato que puede afectar a que se busque asesoramiento por medio informales como son las redes sociales.

Como se mencionó anteriormente, para que la población recurra a la anticoncepción como un medio para regular su fecundidad necesita, como primera condición, conocer e identificar la diferente gama de métodos. En tal sentido investigar el principal medio de comunicación o institución mediante el cual se informan las mujeres, es el punto de partida para intervenciones futuras.

Gráfico 19: Principal medio de comunicación o institución en el que se informa las mujeres sobre métodos anticonceptivos, según características seleccionadas. (en porcentaje)



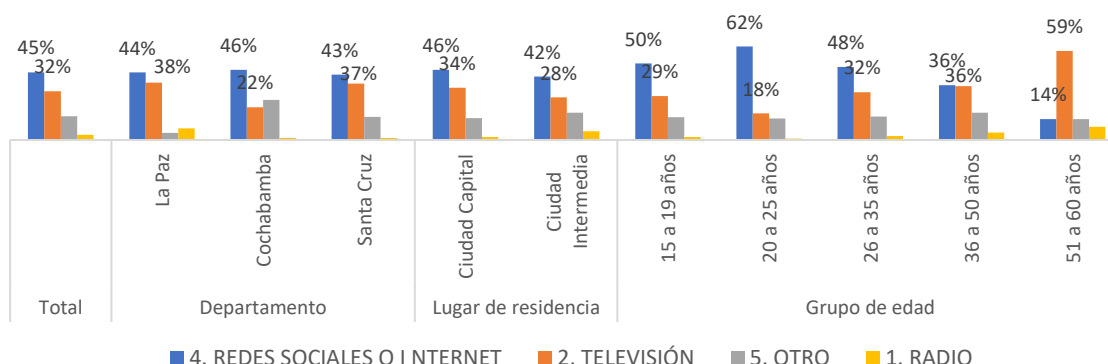
Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Para el caso de los medios de comunicación o institución donde acuden para informarse sobre métodos anticonceptivos, el principal sigue siendo el centro o puesto de salud, seguido del colegio o centro educativo y en tercer lugar las redes sociales o internet. Si observamos los grupos etarios de 15 a 19 as y 20 a 25 años, la principal institución que acuden para informarse de los métodos anticonceptivos son los colegios o centros de educación, le siguen las redes sociales en tercer lugar los centros de salud públicos. Nuevamente a presencia importante de los centros de salud para informar y orientar, si consideramos a las poblaciones de grupos de adolescentes y jóvenes que se encuentran en establecimientos educativos, vemos un potencial importante si se realizan tareas coordinadas entre los centros de salud y los colegios que permitan romper las barreras en la educación, información, acceso y obtención de métodos anticonceptivos, para que las y los adolescentes pierdan el temor y vergüenza de solicitar estos servicios.

Cuando se trata de prevención y atención de las ETS uno de los principales objetivos es reducir su prevalencia. La prevención primaria, abarca a toda la población en su conjunto, y parte importante de su accionar esta en promover a través de la educación para la salud, englobando prácticas como el comportamiento sexual más seguro, incluidos el uso del preservativo y la abstinencia sexual. En este contexto, los mensajes y campañas de prevención primaria son fundamentales para que, tanto mujeres y hombres, estén bien informados. Con este objetivo la encuesta indagó sobre el principal medio de comunicación

al que recurren las mujeres para informarse sobre las enfermedades de transmisión sexual. Los principales resultados, se muestran en el siguiente gráfico.

Gráfico 20: Principal medio de comunicación en el que se informan las mujeres, sobre enfermedades de transmisión sexual, según características seleccionadas. (en porcentaje)



Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

El principal medio de comunicación que utilizan las mujeres para informarse sobre enfermedades de transmisión sexual son las redes sociales, seguidas de la televisión, otros medios que se refieren a los centros de salud públicos. Esto nos lleva a plantearnos que para que una campaña de prevención educativa e informativa sea exitosa, debe articular diferentes espacios y recursos comunicacionales, teniendo en cuenta la población objetivo y los medios de comunicación a los que recurren éstos, por ejemplo si la llegada es a jóvenes y adolescentes necesariamente debe recurrirse a las redes sociales, si por el contrario el grupo objetivo son las adultas mayores, la llegada es a través de la televisión.

6. CONCLUSIONES

Es claro que esta primera incursión presenta algunas limitaciones que deben de ser consideradas. Se requiere indagar en los valores y las expectativas de las mujeres y de los hombres sobre tener hijos/as, y visibilizar la diversidad de las relaciones de pareja y la construcción de maternidades y paternidades. Se debe emplear un lenguaje inclusivo, evitar los estereotipos de género e identificar el impacto diferencial para la salud de las mujeres en el proceso de embarazo y crianza. Recoger la dimensión estructural de la fecundidad, con atención a los factores políticos y socioeconómicos implicados en su construcción dentro de una realidad social estratificada, ampliaría la utilidad de las investigaciones realizadas a partir de sus datos.

En cuanto a la planeación y el deseo de embarazos, de acuerdo a la percepción de las mujeres y las respuestas en la encuesta, las mujeres más jóvenes son las que tuvieron mayores dificultades para planear el momento más adecuado para un embarazo, mientras que las mujeres de mayor edad encontraron problemas para limitar su fecundidad, enfrentándose a embarazos no deseados.

Los datos del presente estudio pueden utilizar como herramientas de análisis en esta tarea, ya que proporcionan directrices generales, ayudan a detectar los obstáculos que enfrentan las mujeres y señalan las deficiencias de los servicios.

El conjunto de experiencias, representaciones y expectativas recuperadas en los diferentes espacios, nos obligan a marcar una pauta de las posibles respuestas hacia las mujeres desde una perspectiva institucional, tomando en cuenta que muchas de las determinaciones de las mismas son estructurales, como la violencia estructural de la cual las mujeres son objeto en sus diferentes dimensiones, como niñas, como adolescentes, como esposas, como madres primerizas o como mujeres adultas mayores.

De acuerdo a la encuesta el medio de comunicación masivo es la televisión, sin embargo, entre al grupo etario de 15 a 25 años de edad son las redes sociales quienes tienen mayor llegada, este patrón se repite cuando se trata de temas de salud sexual, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual. Es importante rescatar que los que concierne a los métodos anticonceptivos es el colegio o centro educativo el lugar referente donde las jóvenes y adolescentes pueden informarse. Este patrón se repite en los grupos focales, tanto para las adolescentes como para las mujeres de la tercera edad, un ámbito que puede considerarse de salud sexual y mental, entendiendo este último término como la generación de condiciones para un sano desarrollo de lo que se entiende como “normalidad” de una vida sexual con goce y responsabilidad.

Por otra parte, los datos muestran que todavía existe un alto porcentaje de mujeres con necesidades insatisfechas de anticoncepción y que, por tanto, no pueden alcanzar sus ideales reproductivos.

Otro grupo central de temas y demandas, encontrada en los diferentes espacios de reflexión con las mujeres, fueron los temas relativos a la atención de los embarazos de las mujeres que se han auto denominado “primerizas” que son mujeres que acceden a los centros de salud, donde buscan apoyo a su condición que en muchos casos integra,

múltiples situaciones concomitantes, por ejemplo, adolescentes con un primer embarazo, que es una decisión consciente de la adolescente, pero una falta de apoyo total de los familiares y la suma de un mal trato por parte del personal de salud.

Muy probablemente, la forma del acceso a los servicios de salud, deba tener canales diferenciados para llegar a la atención de salud censo estricto, es decir, que a lo mejor se deban establecer diferentes caminos para garantizar el acceso de las madres gestantes a una atención de calidad con calidez, en nuestro ejemplo, la adolescente necesita un “apoyo”, lo que redundaría en un mejor paso a la consulta médica de especialidad.

Finalmente, debemos dejar de lado la visión restringida de la fecundidad como un proceso asociado exclusivamente a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, para dar paso a un abordaje más amplio, considerando también la visión de los hombres en este tipo de estudios, porque no nos olvidemos que entre los principales métodos de anticoncepción conocidos y utilizados está el condón masculino. Más allá de la anti concepción, se debe tener en cuenta que el uso del preservativo con la finalidad de prevenir ITSs, en mujeres casadas, convivientes o con pareja estable, es bajo, porque la decisión la toma generalmente el hombre.

Contar con las entrevistas de profundidad, nos permitió recoger la dimensión estructural de la salud sexual y reproductiva, con atención a los factores políticos y socioeconómicos implicados en su construcción dentro de una realidad social estratificada, ampliando la utilidad del Estudio y de las futuras investigaciones que se puedan realizar a partir de sus datos.

7. RECOMENDACIONES

Es imprescindible continuar con los esfuerzos en materia de población y, en particular, en torno a temas de salud reproductiva; en programas de acción específicos, tanto para salud reproductiva como para planificación familiar, se busca, entre otros objetivos: incrementar el acceso efectivo y mejorar la calidad de la atención en los servicios de planificación familiar y anticoncepción; atender las necesidades específicas en estos rubros en grupos en situación de desventaja social.

En ese sentido ensayamos una serie de recomendaciones que salen directamente de las expectativas de las mujeres convocadas y consultadas y con las cuales se ha reflexionado sobre diferentes temas, y los cuales ahora los procesamos desde la óptica de los grupos de edad, así como de la información brindada a través de la encuesta cuantitativa aplicada.

El estudio nos brinda pautas sobre comunicación efectiva que debe ser aplicada en acciones futuras que mejore las condiciones de salud sexual y reproductiva de las mujeres. Consideramos que es pertinente plantear una alternativa educativa e informativa que articule diferentes espacios y recursos comunicacionales, hoy en día conocidos como multicanales que tengan una misma línea de articulación, hablamos de un contenido serio y responsable, creíble y amigable que salga de la institución acreditada como el CIES, considerando que alrededor del 40% de las mujeres encuestadas acude a centros de salud

para informarse en temas de salud sexual y reproductivas; esto implica campaña educativa e informativa dirigida a adolescentes y adultas mayores con igual intensidad por los canales más adecuados y pertinentes, por ejemplo información sólida que también sea popularizada por la redes sociales con formatos adecuados y pertinentes para estos canales de uso masivo por las adolescentes.

La puesta a tono de la información, debe radicalmente actualizarse para competir con el contenido actual que circula por estos canales de información, recordemos la reflexión de las adolescentes de Santa Cruz que mencionaban esos “mini realities” donde el caso de la vida real se mezcla con la identificación de las adolescentes respecto de problemas que viven ellas, tanto del enamoramiento como de las experiencias sexuales.

Lo que puede de una manera muy marcada, diferenciar ese tipo de contenido popular entre las adolescentes es complementarla con la información médica y de salud que crea credibilidad y solidez, sin ser difícil de comprender y rígida, como si se tratara de un discurso.

El desafío, es que a medida que este flujo de información se de en la práctica, exige de las mujeres una aproximación a los diferentes grupos de edades, ya que la misma es contenido de lo que se habla en el colegio, entre mujeres embarazadas “primerizas”, entre mujeres adolescentes que están teniendo relaciones sexuales y otras mujeres mucho mayores que están viviendo nuevas etapas de su vida sexual en edades avanzadas, y a las cuales les interesa una perspectiva también informativa, pero más cargada de información sobre derechos, tanto sexuales, como ciudadanos. Además de continuar con las estrategias y programas en materia de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva, se debe buscar la manera de implementar y/o fortalecer los programas, a fin de que las mujeres y sus pares puedan tomar decisiones libres e informadas, acordes a sus preferencias.

Deben reforzarse las acciones encaminadas a la difusión, acceso y uso de métodos anticonceptivos, principalmente en la población joven, que es el grupo en el que se concentra el mayor riesgo de falla anticonceptiva. Por su parte, los servicios de salud reproductiva deben propiciar un entorno más adecuado a las necesidades de las y los jóvenes, proporcionándoles un servicio de mayor calidez que les genere un entorno de confianza, ofreciéndoles una mayor variedad de los métodos preferidos en estas edades y una orientación que les permita no únicamente protegerse de embarazos sino también de ITS. Por lo tanto, las instituciones deben ponerse a tono con el desarrollo de las instituciones sociales informales que hoy en día están normando el comportamiento sexual y de toma de decisión de las mujeres.

Cuando decimos nuevas instituciones, nos referimos a las nuevas pautas culturales que las mujeres manejan para entender y actuar respecto de las relaciones sexuales, el embarazo, deseado o no deseado, la cantidad de hijos que tienen o que deciden tener o no tener y lo que esto implica para sectores de mujeres que no ven otra solución para su contexto que ceder a los embarazos continuos. Esas nuevas condiciones son las que están obligando a las mujeres a asumir el embarazo desde distintas perspectivas, lo que no tiene nada que ver con una visión normativa e institucional del deber ser de la prevención. Son pautas totalmente distintas. A las que hay que acomodarse para darles una mejor respuesta.

Volvemos a los grandes desafíos de la atención en salud sexual y reproductiva, información y respeto a las características de las mujeres y de los problemas sociales que están determinando sus conductas y realidades. La gran diferencia que tenemos entre manos hoy en día es la gran dimensión que está generando el empoderamiento de las mujeres, que no está siendo aprovechado ni acompañado por las instituciones de salud, darles más protagonismos a las propias mujeres para encarar sus problemas o las de sus amigas, vecinas y compañeras, “hermanas” de comunidades o colegios que siguen encarando viejos problemas del entorno patriarcal y agresivo hacia las mujeres.

Consideramos que es importante profundizar la indagación de los valores y expectativas de las mujeres y de los hombres sobre tener hijos/as, y visibilizar la diversidad de las relaciones de pareja y la construcción de maternidades y paternidades. El estudio empleó un lenguaje inclusivo, para evitar los estereotipos de género e identificar el impacto diferencial para la salud sexual y reproductiva de las mujeres en las diferentes etapas de su vida, y creemos que ese debe ser el camino.

8. BIBLIOGRAFIA

- Arce, O. Gaceta Médica Boliviana. La formación del profesional en salud y la incorporación de la Interculturalidad en la Currícula Facultativa. 2013.
- Arnstein A, Ajzenn I, Billari F, et al. Generations and GenderSurvey Questionnaire. Generations and Gender Programme. 2015. <https://www.ggp-i.org>
- Brovelli, M. Universidad Nacional de San Luis. Fundamentos en Humanidades, vol.II, nun 4. 2001.
- CIES. Sistematización de la experiencia del programa de jóvenes "Tú Decides". 2020.
- Gutiérrez Rodas, J. -Posada Saldarriaga, R. Tendencias mundiales en educación médica. 2004.
- Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Documento metodológico - Encuesta de Demografía y Salud 2016. www.ine.gob.bo
- Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Bolivia: Estudio temático del embarazo Adolescente. 2018. www.ine.gob.bo
- Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Bolivia: Estudio Temático de Fecundidad. 2018. www.ine.gob.bo
- Instituto Nacional de Estadística de Bolivia. Estudio temático de salud sexual y reproductiva. 2018. www.ine.gob.bo
- Instituto Nacional de Estadística de España. Mujeres y hombres en España. 2018. www.ine.es
- Instituto Nacional de Estadística de España. Encuesta de Fecundidad. Resultados.2019. www.ine.es
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. 2014. www.inegi.mx
- Instituto Estadística Andalucía. Encuestas Internacionales sobre familias y hogares: Objetivos, dimensión y repercusión. 2003.
- Mato, D. CLACSO, Consejo Latinoamérica de Ciencias. Producción transnacional de representaciones sociales y transformaciones sociales en tiempos de globalización. 2001.
- Ruiz-Cantero MT, Papí-Gálvez N. Guía de estadísticas de salud con enfoque de género: análisis de Internet y recomendaciones. 2007
- Sances Carlessi, H. Metodología de la investigación científica. 1986.
- Soto, P. La Construcción del objeto, 46. 2012.
- Technical Division of the United Nations Population Fund (UNFPA). Methodological guidelines for the gender analysis of national population and housing census data. 2014.
- UNFPA. Recomendaciones para mejorar las condiciones de las mujeres. Extraídas de las diez sesiones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas. 2012.

9. ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos de recolección

Grupos focales

INTRODUCCIÓN.

Esta reunión se realiza por encargo de CIES, para contribuir a la Identificación de las necesidades, actitudes, percepciones, conocimientos y expectativas sobre la salud de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida. Sus aportes nos ayudaran a fortalecer las acciones institucionales para un mejor servicio de salud sexual y reproductiva, así como de salud mental para las mujeres en todas las etapas de la vida en las ciudades intermedias y principales de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. De antemano les agradecemos su colaboración.

PRELIMINARES

- Nos presentaremos... (se procede a facilitar la presentación de las participantes)
- Cómo procederemos... (Yo les lanzaré unas preguntas motivadoras y datos en dos momentos, ambos para conversar sobre los temas de salud sexual y reproductiva con todas Uds. Esta demás decirles que su participación es muy valiosa porque sus aportes servirán para cambiar los servicios en beneficio de más mujeres en el país.)

TEMAS DE DISCUSIÓN PRIMERA PARTE

NECESIDADES

- ¿Qué información tenemos sobre la Salud sexual y reproductiva?
- ¿De dónde procede esta información?
- ¿Qué dudas nos dejan estas fuentes?
- ¿Cómo completamos la información o satisfacemos nuestras dudas?
- ¿Qué nos dicen los medios de comunicación al respecto? (Programas especializados, novelas, noticiosos, revistas televisivas).

ACTITUDES

- ¿Cómo deben tratarse estos temas?
- ¿En qué condiciones debe manejarse esta información?
- ¿Quién es el o la indicado(a) para hablar de estos temas con las mujeres?
- ¿Nos interesa tener una salud sexual y reproductiva?
- ¿Qué pensamos y qué hacemos cuándo nos embarazamos?

PERCEPCIONES

- ¿Cuándo decimos salud sexual y reproductiva a qué creen que nos referimos?
- ¿Qué creemos que comprende la salud sexual y reproductiva?
- ¿Quién creemos que debe manejar este servicio e información?
- ¿Cómo se debe manejar esta información?
- ¿Cuándo es pertinente que se hable de estos temas con las mujeres?

CONOCIMIENTO

- ¿Qué métodos de contracepción conoce?
- ¿Cómo los clasificamos?
- ¿Es un derecho?
- ¿La institucionalidad de salud nos brinda información sobre ellos?
- ¿Qué información nos brindan los sistemas de salud en temas de Salud sexual y reproductiva?

EXPECTATIVAS

- sobre la gratuidad de la salud sexual y reproductiva
- sobre los límites de la información que debe manejarse públicamente
- sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva
- las actitudes de las mujeres sobre este tema
- las actitudes de los hombres sobre este tema

TEMAS DE DISCUSIÓN SEGUNDA PARTE

DEMANDAS

- ¿Qué le pediríamos al Estado, a la Gobernación, al Municipio?
- ¿Qué le pediríamos a las instituciones privadas?
- ¿Qué le pediríamos a las instituciones públicas?
- ¿Qué le pediríamos a las escuelas que hagan sobre este tema?
- ¿Qué le pediríamos a los padres y madres que hagan sobre este tema?

REACCIONES

	Estímulo 1	Estímulo 2	Estímulo 3	Estímulo 4
	Una adolescente embarazada producto de una violación	Una pareja que quiere tener familia pero que tienen incompatibilidad sanguínea	Una mujer/varón trabajador(a) con 3 hijos y un nuevo embarazo de un segundo enamorado	Un(a) joven que en su primera relación sexual se contagia de una ETS.
¿Qué le motiva esta situación?	Reacciones. -	Reacciones. -	Reacciones. -	Reacciones. -

EVALUACIONES

Luego de mostrar un estado de situación (del sistema de salud sexual reproductiva en Bolivia, por regiones)

- ¿Estamos bien como país?
- ¿Qué está fallando?

- ¿Los sistemas están al nivel de los problemas que tenemos como país?
- ¿Comparados con otros países estamos avanzando?
- ¿Dónde deberíamos incidir para contribuir a mejorar el sistema de salud sexual reproductiva?

Instrumento exploratorio 1. Para informante clave

Esta entrevista se realiza por encargo de CIES, para contribuir a la Identificación de las necesidades, actitudes, percepciones, conocimientos y expectativas sobre la salud de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida. su aporte nos ayudará a fortalecer los medios para conseguir una información pertinente entre la población de las ciudades intermedias y principales de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. De antemano le agradecemos su colaboración.

I. Datos generales

Nombre: _____

Cargo/institución: _____

Ocupación: _____

II. Temas generales

1. ¿Qué entendemos y qué deberíamos entender por salud mental?
2. ¿Qué entendemos y qué deberíamos entender por salud materna?
3. ¿Qué entendemos y qué deberíamos entender por salud sexual?
4. ¿Qué entendemos y qué deberíamos entender por bienestar físico y psicológico?
5. ¿Qué entendemos y qué deberíamos entender por sexualidad?

III. Aspectos sociales

1. ¿Cuáles son las necesidades de salud de las mujeres?
2. ¿Qué impide que la salud sea comprendida como un derecho?
3. ¿Qué beneficio tendría la salud como bien privado?
4. ¿Cuál es el estado de situación de la violencia contra las mujeres?
5. ¿Cuál es el estado de situación de la violencia sexual en general y contra las mujeres?
6. ¿Cuánto es el gasto promedio de gastos en efectivo en salud de una familia?
7. ¿Qué cobertura de salud es la ofrecida en el contexto local y nacional?
8. ¿A qué factores se atribuye la iniciación de las relaciones sexuales entre los adolescentes en nuestro contexto?
9. ¿Qué son los derechos sexuales y cuál es su situación en el país y en el contexto local?
10. ¿Qué acciones se hacen y qué se debería hacer para la promoción de la salud mental de las mujeres?

11. ¿Qué acciones se hacen y qué se debería hacer para la promoción de los derechos reproductivos de las mujeres?

IV. Aspectos médicos/patológicos

1. ¿Cuál es el estado de situación de las enfermedades ginecológicas atendidas en el país?
2. ¿Qué debemos saber de la menopausia y cuál es su incidencia en la salud de las mujeres?
3. ¿Cuáles son las enfermedades no transmisibles con más incidencia entre las mujeres?
4. ¿cómo debería ser y como es el envejecimiento saludable en nuestro contexto?
5. ¿Cuánto ha avanzado la salud reproductiva en nuestro país?
6. ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos modernos, más usados y más accesibles?
7. ¿Cuál es la incidencia de las enfermedades ginecológicas más importantes?
8. ¿Es la menopausia un problema importante de salud en nuestro contexto local y nacional?
9. ¿Cuáles son los temas más importantes que deben tratarse de reproducción humana?
10. ¿Con quiénes debe hacerse esa difusión y qué maneras serían las adecuadas?

Instrumento cuantitativo

El instrumento cuantitativo estará representado por un cuestionario que presentará las siguientes características:

Estudio sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida																																											
UBICACIÓN GEOGRÁFICA																																											
DEPARTAMENTO ☐ LPZ ☐ CBBA ☐ SCZ		CIUDAD																																									
I. CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMANTE																																											
(1.01) ¿Cuántos años tiene?		(1.09) Comparando el nivel de vida de su hogar con el resto de hogares de esta ciudad, considera que su hogar es:																																									
		☐ 1 ¿Muy pobre? ☐ 2 ¿Pobre? ☐ 3 ¿No pobre?																																									
(1.02) ¿Tiene hermanos o hermanas?		(1.10) ¿Cuáles son los medios de comunicación que escucha, mira o sigue para informarse? (Seleccione un máximo de 3)																																									
☐ 1 SÍ ▶ ¿Cuántas/os? ☐ 2 NO		1 TELEVISIÓN 2 RADIO 3 PERIÓDICO 4 REDES SOCIALES 5 OTRO ESPECIFIQUE _____ 																																									
(1.03) ¿Cuál es su estado civil?		(1.11) ¿Está usted de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones?																																									
☐ 1 CASADA ▶ (1.05) ☐ 2 CONVIVIENTE O CONCUBINA ▶ (1.05) ☐ 3 DIVORCIADA O SEPARADA ☐ 4 VIUDA ☐ 5 SOLTERA		<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th>De acuerdo</th> <th>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</th> <th>En desacuerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 La mujer es el sexo débil</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 Una mujer no debe dedicarse a oficios generalmente realizados por hombres (ej. mecánicos)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 Si la mujer gana más dinero que su pareja, esto no es bueno para la</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 Las tareas del hogar son propias de las mujeres</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 Una mujer tiene que tener hijos para sentirse realizada</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 La mujer, a veces, debe tolerar el abuso de su pareja</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>7 Las mujeres deben denunciar cualquier tipo de abuso</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 Está bien que una pareja conviva aunque no tengan intención de</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 Está bien que una mujer se practique un aborto si es un embarazo no deseado</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	1 La mujer es el sexo débil				2 Una mujer no debe dedicarse a oficios generalmente realizados por hombres (ej. mecánicos)				3 Si la mujer gana más dinero que su pareja, esto no es bueno para la				4 Las tareas del hogar son propias de las mujeres				5 Una mujer tiene que tener hijos para sentirse realizada				6 La mujer, a veces, debe tolerar el abuso de su pareja				7 Las mujeres deben denunciar cualquier tipo de abuso				8 Está bien que una pareja conviva aunque no tengan intención de				9 Está bien que una mujer se practique un aborto si es un embarazo no deseado			
	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo																																								
1 La mujer es el sexo débil																																											
2 Una mujer no debe dedicarse a oficios generalmente realizados por hombres (ej. mecánicos)																																											
3 Si la mujer gana más dinero que su pareja, esto no es bueno para la																																											
4 Las tareas del hogar son propias de las mujeres																																											
5 Una mujer tiene que tener hijos para sentirse realizada																																											
6 La mujer, a veces, debe tolerar el abuso de su pareja																																											
7 Las mujeres deben denunciar cualquier tipo de abuso																																											
8 Está bien que una pareja conviva aunque no tengan intención de																																											
9 Está bien que una mujer se practique un aborto si es un embarazo no deseado																																											
(1.04) ¿Actualmente tiene una relación sentimental con alguien?																																											
☐ 1 SÍ ☐ 2 NO																																											
(1.05) ¿Se considera perteneciente a un pueblo indígena/originario como ...																																											
☐ 1 Afroboliviano? ☐ 2 Quechua? ☐ 3 Aymara? ☐ 4 Guaraní? ☐ 5 Chiquitano? ☐ 6 Otro? ESPECIFIQUE _____ ☐ 7 Ninguno?																																											
(1.06) ¿Sabe leer y escribir?																																											
☐ 1 SÍ ☐ 2 NO																																											
(1.07) ¿Cuál es el nivel y curso más alto de instrucción que aprobó?																																											
☐ 1 SIN INSTRUCCIÓN ☐ 2 PRIMARIA ☐ 3 SECUNDARIA ☐ 4 SUPERIOR NO UNIVERSITARIO ☐ 5 SUPERIOR UNIVERSITARIO ☐ 6 EDUCACIÓN TÉCNICA ☐ 7 OTRO		CURSO																																									
(1.08) ¿Cuál es su ocupación principal?																																											
☐ 1 EMPLEO FORMAL ☐ 2 EMPLEO INFORMAL ☐ 3 AGRÍCOLA/PECUARIO ☐ 4 LABORES DEL HOGAR ☐ 5 JUBILADA/RENTISTA ☐ 6 ESTUDIANTE ☐ 7 DESEMPLEADA ☐ 8 OTRO ESPECIFIQUE _____																																											

II. SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN																													
Ahora vamos a hacerle algunas preguntas sobre su salud sexual y los métodos anticonceptivos, con el fin de tener una mejor comprensión de algunos temas de interés para el estudio	(2.10) ¿En alguna ocasión Ud. o su pareja se ha sometido o está actualmente en tratamiento para poder tener hijos (reproducción asistida)? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO																												
(2.01) ¿Cuál cree que es la edad ideal para tener el primer hijo/a?	(2.11) Suponga que fuera a tener un hijo/a en este momento. Por favor, indique si este hecho sería positivo o negativo sobre los siguientes aspectos de su vida. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Positivo</th> <th>Ni positivo ni negativo</th> <th>Negativo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Disponer del tiempo personal</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 Oportunidades de empleo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 Realización profesional</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4 Situación económica</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5 Vida sexual</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>6 La relación de pareja</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Positivo	Ni positivo ni negativo	Negativo	1 Disponer del tiempo personal				2 Oportunidades de empleo				3 Realización profesional				4 Situación económica				5 Vida sexual				6 La relación de pareja			
	Positivo	Ni positivo ni negativo	Negativo																										
1 Disponer del tiempo personal																													
2 Oportunidades de empleo																													
3 Realización profesional																													
4 Situación económica																													
5 Vida sexual																													
6 La relación de pareja																													
(2.02) ¿Cuántos hijos en total hubiera deseado o desea tener? ☐ NINGUNO ► (2.04)	(2.12) ¿Conoce o ha oído hablar de algún método anticonceptivo? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO ► (2.20)																												
(2.03) ¿Cuál es la razón (o razones) más importante en la que basa la decisión de tener hijos? Puede indicar un máximo de tres razones. 1 Quiero ser madre/ Tener hijos está en mi proyecto de vida 2 Quiero la parejita o un hijo de sexo diferente al/os que tengo 3 Para que los hijos tengan hermanos 4 Me he vuelto a unir o casar 5 Los hijos unen más a la pareja 6 Mi pareja quiere 7 Para tener en el futuro quien se ocupe de mí 8 Otros: _____ 1ra 2da 3ra	(2.13) ¿Cuáles? ESPECIFIQUE ANOTE TEXTUALMENTE LA RESPUESTA 1 2 3 4 5 6 7 8																												
(2.04) Cuando necesita mayor información sobre temas sexuales o métodos de planificación familiar, ¿a dónde acude? ☐ 1 ¿servicios de salud públicos? ☐ 2 ¿servicios de salud privados? ☐ 3 ¿amigos o familiares? ☐ 4 ¿internet o redes sociales? ☐ 5 ¿otro? ☐ 6 No busca información	(2.14) ¿Usted o su pareja han usado alguna vez alguno de los métodos descritos? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO																												
(2.05) ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales? ☐ 1 NUNCA HA TENIDO ► (2.11) ☐ 2 HACE UNOS DÍAS ☐ 3 HACE UNAS SEMANAS ☐ 4 HACE UN MES ☐ 5 HACE MÁS DE UN MES ☐ 6 HACE AÑOS	(2.15) Actualmente ud. o su pareja, ¿usan alguno de los métodos descritos? ☐ 1 SÍ ► (2.17) ☐ 2 NO																												
(2.06) En total, ¿cuántas hijas e hijos nacidos vivos ha tenido usted, incluyendo fallecidos o ausentes? TOTAL SI NO TUVO NINGUNO ANOTE 0 Y PASE A LA PREG. 2.10	(2.16) ¿Cuál es la causa principal de que no utilice ningún método anticonceptivo? ☐ 1 Nunca he utilizado métodos anticonceptivos ☐ 2 Quiero tener un hijo/a ☐ 3 Estoy embarazada ☐ 4 Por convicciones religiosas o morales ☐ 5 Porque no confía ☐ 6 Disponibilidad, accesibilidad, costo ☐ 7 La pareja no lo aprueba ☐ 8 Otras causas } (2.19)																												
(2.07) ¿Todos sus embarazos han sido en el momento que deseaba? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO ► (2.09)	(2.17) ¿Cuáles? ESPECIFIQUE EL NÚMERO DESCRITO EN LA PREGUNTA 2.13																												
(2.08) ¿Alguno se ha producido antes o después de lo que deseaba? ☐ 1 SÍ, ANTES ☐ 2 SÍ, DESPUÉS ☐ 3 SÍ, ANTES Y DESPUÉS ☐ 3 NO	(2.09) ¿Trabajaba antes de tener hijos? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO																												

(2.18) ¿Dónde acude o acudió para acceder a este método anticonceptivo? ☐ 1 ¿caja de salud? ☐ 2 ¿puesto/centro/hospital de salud público? ☐ 3 ¿consultorio/clínica/hospital de salud privado? ☐ 4 ¿farmacia? ☐ 5 ¿servicios de medicina tradicional ancestral? ☐ 6 ¿otro?	(2.23) ¿Ha escuchado sobre el Cáncer de cuello uterino? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO
(2.19) ¿Cuál es el principal medio de comunicación o institución en el que se informó sobre métodos anticonceptivos? ☐ 1 Puesto/centro/hospital de salud ☐ 2 Colegio o centro educativo ☐ 3 Radio ☐ 4 Televisión ☐ 5 Periódico o revista ☐ 6 Redes sociales o Internet ☐ 7 Otro? ESPECIFIQUE _____ ☐ 8 NINGUNO	(2.24) ¿Sabe o ha escuchado sobre el PAP (papanicolau)? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO ► (2.26)
(2.20) ¿Conoce o ha oído hablar de enfermedades de transmisión sexual? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO ► (2.23)	(2.25) ¿Se realizó alguna vez un PAP (papanicolau)? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO
(2.21) ¿Cuáles? ESPECIFIQUE ANOTE TEXTUALMENTE LA RESPUESTA 1 _____ 2 _____ 3 _____	(2.26) ¿Ha escuchado sobre el Cáncer de Mama? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO
(2.22) ¿Cuál es el principal medio de comunicación en el que escuchó, vió o leyó sobre enfermedades de transmisión sexual? ☐ 1 Radio ☐ 2 Televisión ☐ 3 Periódico o revista ☐ 4 Redes sociales o Internet ☐ 5 Otro ☐ 6 NINGUNO	(2.27) ¿Conoce a alguien que se haya practicado un aborto? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO
	(2.28) ¿Ha escuchado sobre la menopausia? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO ► FIN
	(2.29) ¿Conoce sobre los cambios/efectos que trae la menopausia? ☐ 1 SÍ ☐ 2 NO
OBSERVACIONES	

C. INFORMACIÓN SOBRE LA ENTREVISTA

SUPERVISOR/A BRIGADA

ENCUESTADOR/A

VISITA	FECHA				HORA INICIO	HORA FIN
	DD	MM	AAAA			
1					:	:

RESULTADO DE LA ENCUESTA

- ☐ 1 COMPLETA
- ☐ 2 INCOMPLETA
- ☐ 3 RECHAZO

Anexo 2. Resumen de las entrevistas a personas clave

CATEGORÍA	Informante Clave 1 Alberto Castro André COD: EP-IC01	Informante Clave 2 Susy Vargas Torrez COD: EP-IC02	Informante Clave 3 Franco Espada Flores COD: EP-IC03	Informante Clave 4 Rubén Costa Benavidez COD: EP-IC04	Informante Clave 5 Cristian Espindola Molina COD: EP-IC05
Salud Mental	es un acápite importante en la calidad de vida de las personas porque se trata de encontrar el equilibrio personal en cuanto a la relación biopsicosocial del individuo, en este caso la mujer entonces la salud mental es el, yo diría el pilar fundamental para el desarrollo ideal del ser humano Esas violaciones masivas a una niña, una mujer, ¿de dónde sale eso? ¿Están viendo demasiadas películas del extranjero, pornografía, hay tanta necesidad?, eso se llama enfermedad de la salud mental	La salud mental se traduce en un en el nivel y el bienestar emocional de una persona		Saber llevar el tema económico, sentimental, sexual, de salud, etc., no saber sobrepasar cada uno de estos pasos sin desequilibrarse.	Por ejemplo, ni siquiera en los centros de salud muchas veces tenemos a los profesionales que requerimos para ello. ¿Entonces esto lo que consideró que deberíamos nosotros hablar de las 3 dimensiones? No solamente la psicológica biológica, porque el determinante social es un elemento fundamental Claro ejemplo es el hecho de que en Bolivia no le damos mucha importancia a la salud mental, por ejemplo, y ni siquiera en los centros de salud muchas veces tenemos a los profesionales que requerimos para ello.
Salud Materna	estado de situación transitorio por el que cursa una mujer en estado de gestación. Entonces. Cambian sin duda cierto tipo de relaciones y variables Entonces aquí juega un rol fundamental, el que la pareja. Y la familia, pero ella misma principalmente entienda Pues seguramente la el peso que lleva una mujer con condiciones diferenciadas. Va a ser. Minimizado y las tareas van a ser distribuidas. En el lugar con la pareja, con los hijos, con su entorno familiar, etcétera		Tenemos que tener una integralidad con todos estos procesos que no solamente vienen con la salud materna como tal. Sino en el engranaje que debía haber con todos los procesos de atención para este grupo y eso no se cumple, no es una prioridad.	Es el pilar importante para una familia, para un entorno familiar, para la misma sociedad.	Se la identifica la etapa del período gestacional, principalmente la de la madre y post parto Desde lo biológico se enfatiza bastante la salud, lamentablemente en Bolivia consideró que la salud es muy conductista
Salud Sexual	Este, pero básicamente la salud sexual y estás despedida. A la al conocimiento. De su cuerpo de la mujer. Al conocimiento de las			Una salud con una vida sexual de calidad con responsabilidad, esa es la palabra correcta e independientemente de la edad.	

CATEGORÍA	Informante Clave 1 Alberto Castro André COD: EP-IC01	Informante Clave 2 Susy Vargas Torrez COD: EP-IC02	Informante Clave 3 Franco Espada Flores COD: EP-IC03	Informante Clave 4 Rubén Costa Benavidez COD: EP-IC04	Informante Clave 5 Cristian Espíndola Molina COD: EP-IC05
	reacciones de su cuerpo de su cuerpo ante ciertos estímulos. Y al conocimiento de ¿La relación sexual o coital? Con una pareja.				
Sexualidad	Es la forma de pensar, de sentir y de actuar de la persona de cualquier persona. Tanto el hombre como la mujer o cualquier persona de la diversidad. Expresan su sexualidad de diferentes maneras.		La sexualidad como tal viene más enfocada al proceso mismo de vivir en plenitud con tus emociones, ósea, la sexualidad la vives día a día, inclusive desde que nacemos. Tenemos que empezar desde contexto desde que nacemos y todas las características que llevan a eso.		
Necesidades de la mujer	Yo creo que independientemente del nivel de formación. De una mujer. Y las necesidades. Surgen como consecuencia del estilo de vida. Del entorno social en el que se desarrolla o crece. Y de las exigencias. Sociales del momento, o. Transitorias en ciertos periodos de la vida de esta mujer. Veo que hay demandas para mejores hospitales, más Recursos Humanos, todo. Pero la condición de la mujer para acceder a este tipo de servicios ha mejorado muy poco el climaterio no solamente requiere de la atención de un ginecólogo o de un endocrinólogo por los trastornos hormonales que a los que. ¿Vas a sufrir una mujer? Unas con mayor intensidad, otros con menos intensidad. Sino que también requiere de un apoyo psicológico. Unas van a sufrir intensamente los síntomas del climaterio y otros van	Las necesidades de la de salud de las mujeres están muy ligados a temas de salud sexual y salud reproductiva, ya sean de diferentes edades y dependiendo en donde ellas están habitando en un contexto rural o un contexto urbano. La necesidad o se relaciona mucho el tema cultural en lo que a mí respecta. Es necesario es responder a un equilibrio entre lo frío y lo caliente. Si se trata de adolescentes las necesidades en el tema de salud tienen que ver más con las demandas de una mejora en la calidad de atención Otra necesidad sentida es el tema de sensibilización a los hombres, que puedan entender que las mujeres son igual que ellos y que quieren condiciones casi iguales	Ser un poco más enfocados en lo que nos falta en todo el proceso de atención a las mujeres es una atención de calidad integral que se debía trabajar desde el momento que la persona nace hasta el momento de su desde la vejez No ven a la mujer como como un proceso mismo de una atención integral que deberíamos trabajar, eh, en el marco del curso de vida.	Entonces la mujer menopáusica requiere urgente de tener calidad de vida, una tenerla estable emocionalmente sin riesgos de infarto de cáncer de osteoporosis.	Muchas mujeres todavía en nuestro contexto no tienen el derecho de decidir si quieren o no tener hijos, entonces es bien complicado, yo pienso que se vulneran muchos derechos, enfatizando la salud sexual reproductiva.

CATEGORÍA	Informante Clave 1 Alberto Castro André COD: EP-IC01	Informante Clave 2 Susy Vargas Torrez COD: EP-IC02	Informante Clave 3 Franco Espada Flores COD: EP-IC03	Informante Clave 4 Rubén Costa Benavidez COD: EP-IC04	Informante Clave 5 Cristian Espíndola Molina COD: EP-IC05
	a decir, yo nunca he sentido nada. Entonces necesitamos que haya gente que oriente adecuadamente La adolescente que llega a su menstruación comienzan a vivir el terror de la menstruación. No es cierto, cuando es un tema fisiológico que tienen que deberían vivir lo naturalmente, pero para eso se requiere educación. Los servicios de infertilidad en realidad no existen en el sistema público.				
Violencia de género	Porque la mayor incidencia de violencia (sexual) sucede al interior de los hogares. En la relación de pareja, sean estos casados, concubinos o lo que sea, porque si no hay un entendimiento en la esfera de la convivencia primero en la espera de la construcción de familia, segundo en la construcción de la experimentación mutua de la sexualidad expresada libremente y del sexo vivido libremente y consensuado en pareja. El tema de violencia. Tiene que ser cubiertas no sólo por salud. Sino por los diferentes estamentos del Estado, ahí tenemos justamente los SLIM, las defensorías y tiene que ir, tiene que haber un diálogo entre estas entidades. ...Cuando el personal o el funcionario no conoce claramente, no conoce claramente que hace cada uno en su entidad, porque cada uno tiene funciones claramente definidas...	Violencia obstétrica cuando durante la atención del parto del puerperio, si se quiere, ehmm. Pues él atiende sin explicarle, sin considerar su cultura, sin tomar en cuenta en cuenta estos requerimientos que plantea la mujer y que no se le pregunta ni siquiera la posibilidad de que tome decisiones ¿no?	La violencia de manera general creo que está, aquí en Bolivia, naturalizada tenemos que romper también eso esos paradigmas, creo que la violencia en general tiene una un marco mucho más grande que hay que trabajar.	Recuerdo que decían precisamente que en Bolivia había 7 de cada 10 adolescentes entre 15 y 19 años tenían un habían estado embarazadas o llevaban un embarazo no deseado El artículo 66 dice que se debe garantizar a las mujeres y los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos. Sin embargo, cuando se ha intentado socializar una ley al respecto de esto, se han sacado disposiciones, surgen grupos sociales o religiosos, etcétera, lo que ven como si esta ley estuviese a favor del aborto al a favor del libertinaje, etcétera	Por ejemplo, en el caso de las mujeres que quieren interrumpir su embarazo, por ejemplo, a causa de diferentes causas, no embarazo no deseado, violación cualquier situación. No pero sin embargo, en los hospitales, en los centros de salud, pese a que existe una sentencia constitucional que habla de las y que conoce la causal salud habilita la causa de salud en sus 3 dimensiones. Nadie atiende eso, solamente sea lo más fácil, es decir, tienes la copia de la denuncia, te vamos a atender. Entonces no nadie entiende porque en realidad la causal salud. El hecho de analizar los determinantes sociales de la salud para abordar un poco la integralidad de la salud, pues vemos que existe un enfoque todavía muy machista y patriarcal. En Bolivia es muy evidente que la violencia basada en género me refiero hacia la mujer, principalmente es una cosa que se ha naturalizado tanto que se normaliza y que además a eso se

CATEGORÍA	Informante Clave 1 Alberto Castro André COD: EP-IC01	Informante Clave 2 Susy Vargas Torrez COD: EP-IC02	Informante Clave 3 Franco Espada Flores COD: EP-IC03	Informante Clave 4 Rubén Costa Benavidez COD: EP-IC04	Informante Clave 5 Cristian Espíndola Molina COD: EP-IC05
					suma de que, prácticamente no hay acceso a la justicia. Había una estimación hace cuatro o 5 años que todavía al parecer se sigue manteniendo de cada 200 casos de mujeres que sufren violencia, sólo el 0.5 llega a proceso. ¿Entonces, la violencia en Bolivia es impune? Claro. Más o menos en injusticia, estiman 12000 niños niñas menores de 15 años que sufre que han sido violadas no cada año. ¿Este es un promedio que salga esta YY bueno, cómo está normal escuchar en los medios de más que a nadie le preocupa? Es el, o sea, no pasa nada, digamos, no uno se asusta, dice, qué barbaridad, qué vergüenza. ¿No debería haber pasado, los niños deberían estar felices disfrutando de su vida, no? ¿No sufriendo situaciones de violencia como las que están sufriendo en El País y a eso no hay un cambio, no hay un cambio, eh? No hay una. Una forma de frenar este tema de la de la violencia. hay adolescentes que vienen, que me han dopado estado con mis compañeros, no quiero denunciar porque son mis compañeros, además no sé quién. No y ha sido así, o sea, se pasa así, entonces hay cosas así que están sucediendo y que no se hace nada
Derechos sexuales y reproductivos	Si bien. Hay necesidades que deberíamos entenderlas como generales y que toda mujer necesita. Estamos hablando primero desde conocimiento de esa mujer. Como un sujeto de derechos.	Hay mujeres que, por ejemplo, el hecho de recostarse en una camilla o en una mesa obstétrica o una mesa ginecológica generaría cierto estrés de la posición, o sea, ¿porque no echarse en la cama?			

CATEGORÍA	Informante Clave 1 Alberto Castro André COD: EP-IC01	Informante Clave 2 Susy Vargas Torrez COD: EP-IC02	Informante Clave 3 Franco Espada Flores COD: EP-IC03	Informante Clave 4 Rubén Costa Benavidez COD: EP-IC04	Informante Clave 5 Cristian Espíndola Molina COD: EP-IC05
	Ahí no entran títulos nuestros niveles de formación. Estamos hablando de los derechos humanos en primer lugar. Que todo individuo tiene sus derechos protegidos, debería tenerlos protegidos. Muchos jóvenes, muchas personas jóvenes, muchos adultos. Viven su sexualidad y experimentar en el sexo sin necesariamente haber conocido que la vivencia de esos aspectos está concebida en un marco de derechos. Desde el día que nacemos, nacemos con derechos solo que en sociedades machistas y patriarcales se promueve el derecho de la mujer en el marco de la dependencia y la decisión del hombre Desconocimiento del derecho de una mujer de un derecho establecido. Es violencia. O sea, las violencias no necesariamente tienen que ser agresión física, la violencia puede ser económica, puede ser psicológica, puede ser transgresora culturalmente. Se la cuestiona la. Desde los ámbitos. Legales de Justicia. Todavía se dan el lujo de decir, Ah es que qué habrás hecho, pues tú hasta la propia familia y la cuestión a la. ¿Has dicho, por qué no te quedas calladita? Para que le provocas. No sé ahora cómo están haciendo, pero parece la trabajadora social	Durante la formación (del personal sanitario) no se toman estos aspectos que tienen que ver más con lo social, diríamos no con los derechos de las personas			

CATEGORÍA	Informante Clave 1 Alberto Castro André COD: EP-IC01	Informante Clave 2 Susy Vargas Torrez COD: EP-IC02	Informante Clave 3 Franco Espada Flores COD: EP-IC03	Informante Clave 4 Rubén Costa Benavidez COD: EP-IC04	Informante Clave 5 Cristian Espíndola Molina COD: EP-IC05
	parecía una defensora de los derechos del hospital.				
Embarazo adolescente					Muchas adolescentes, por ejemplo, cuando tienen embarazos no deseados, lo que hacen es ocultar su embarazo. Y ponen en riesgo su vida. ¿Porque el número si vos revisás datos del unpa? El número de embarazos en adolescentes en la pandemia no es que ha reducido, sino se ha incrementado. Si en el SNIS pareciera que más bien ha bajado el caso de embarazos, violencia, etcétera, etcétera. Pero no más bien es al revés. No ha habido posibilidad de registro en la pandemia, o sea, no es que hagan y los centros no han atendido, han rechazado a la gente. Entonces, con esas condiciones, obviamente ese ese, ese dato del snis es muy sesgado, no, no refleja la realidad y eso lo dice el informe del unpa.
Métodos anticonceptivos		Además de sensibilizar a los adolescentes, se tiene que sensibilizar a los padres. Porque si un adolescente sabe que puede ir a un establecimiento de salud y puede demandar, por ejemplo, métodos anticonceptivos, tienen temor de que sus padres se enteren, tienen temor a ser señalados por las personas mayores Los adolescentes llegan a conocer, están conscientes de que pueden tomar decisiones, pero van al establecimiento de salud y no disponen de los de los métodos (anticonceptivos)		Estos métodos no han venido cada vez a facilitar más y ha permitido estudios recientes a poder decir de que son métodos que nosotros ya podemos utilizar en mujeres jóvenes que no tienen hijos sin riesgo de que podamos tener problemas posteriores de infertilidad.	Pese a que hemos avanzado bastante, por ejemplo, todavía para que una mujer acceda a algunos métodos de anticoncepción, siguen pidiendo la autorización de su marido, por ejemplo. Todavía hay profesionales que todavía preguntan, por ejemplo, en el caso de que quieran hacerse un método permanente, como una ligadura, preguntan la edad, ¿le dicen cuántos años tiene 23 años? ¿Y, cuántos hijos tienes uno o dos? No volverte de aquí a unos 5 años. Todavía tienes posibilidad de continuar teniendo hijos, entonces, en ese sentido, esos mensajes que son muy cómo le diría, muy enfocados a un enfoque muy

CATEGORÍA	Informante Clave 1 Alberto Castro André COD: EP-IC01	Informante Clave 2 Susy Vargas Torrez COD: EP-IC02	Informante Clave 3 Franco Espada Flores COD: EP-IC03	Informante Clave 4 Rubén Costa Benavidez COD: EP-IC04	Informante Clave 5 Cristian Espíndola Molina COD: EP-IC05
					machista, probablemente en el sentido de que la mujer simple sigue, sigue siendo un instrumento reproductivo
ITS	Las ITS antes de punta, como nunca en los últimos años la sífilis, la gonorrea clamidia, que son factores de esterilidad secundaria, tanto en el hombre como en la mujer y pese a que tenemos en el SUS, solamente se atiende a las mujeres, se les diagnostica y se trata a la mujer	Se siente mucho que, si el personal de salud tiende más a hablar sobre riesgos y complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, la información que tiene que ver con enfermedades de transmisión sexual es mínima. Es mínima no se nos brinda la información necesaria y cuando se demanda, sienten que la información es muy superficial.	Varios aspectos de las ITS por ejemplo. hablamos del Molusco Contagioso que hace varios años lo tenemos, pero no existe un mecanismo específico de prevención para esto, porque justamente se transmite a través de fómites, el herpes (genital) de igual manera, entonces creo que necesitamos diferenciar, trabajar sobre ese sobre ese aspecto, ir mucho más allá de lo que hacemos en lo que es el usuario		
Enfermedades ginecológicas	El tema del diagnóstico temprano del cáncer de cuello uterino no ha cambiado demasiado Porque otra cosa que te digo de cada diez pacientes que tienen una colposcopia y una biopsia positiva para cáncer, solamente se operan en el sistema público dos.			Yo pienso que la transmisión del papiloma virus humano se ha vuelto el pan de cada día y si no es controlado adecuadamente, pues eso evidentemente nos lleva a un proceso precanceroso y después canceroso del cuello uterino.	
Aborto	Yo soy un convencido de que si los países ofertarán adecuadamente buena educación. Y servicios de salud reproductiva. Con oferta de servicios de anticoncepción y prevención. No necesitaríamos estar defendiendo la liberación del aborto.				
Mortalidad	Sin duda, la muerte materna es más sensible y más sensibilizadora por el mismo proceso de que se trata de un proceso que va a traer vida al concluir la gestación, entonces una muerte materna es terrible, es además un factor político de aprobación o desaprobación a la				

CATEGORÍA	Informante Clave 1 Alberto Castro André COD: EP-IC01	Informante Clave 2 Susy Vargas Torrez COD: EP-IC02	Informante Clave 3 Franco Espada Flores COD: EP-IC03	Informante Clave 4 Rubén Costa Benavidez COD: EP-IC04	Informante Clave 5 Cristian Espíndola Molina COD: EP-IC05
	gestión de un Ministerio de Salud o de un gobierno, etcétera, no?				
Calidad	el profesional en salud. Una gran parte ha perdido aquello que era el principio básico, es respeto. Al paciente como un ser integral. pero nadie se pone a pensar que deberíamos reducir el ingreso a las facultades. Y. Fortalecer la calidad y la competencia de la docencia.	son temas que están más ligados a la calidad de atención percibida por ellas, que se considere el tema de la cultura durante la atención, que se les entienda que se considere sus requerimientos	Lo primero que tenemos que hacer es mejorar nuestra calidad de atención bajo procesos e instrumentos de su supervisión, tener algunos indicadores estándar que podamos poder medir y en usuario y otro enfoque que es trabajar con la con la parte de la promoción y prevención.	Necesitamos entender que la mujer no es solamente un útero, ovarios, que evidentemente hay una persona, una mente, hay un cerebro, hay sentimientos. Y todo aquello, se necesita que la atención sea evidentemente con calidad y sepan tratar a la a la mujer en general como un ser humano. En la calidad tiene que estar siempre referidas personas que estén verdaderamente calificadas, cualificadas en conocimiento para resolver los problemas propios de la población y más aún de la mujer.	La cobertura en salud que tenemos no llega pues al 100%. Ese es un elemento ahora si llega lo poco que llega, no llega en las mejores condiciones peor para las mujeres que viven área rural o están en condición de pobreza o marginalidad. Por ejemplo, cuando sale la ley 348 para la atención a víctimas de violencia, la ley le da mandatos al servicio de salud, tanto público como privado. Y todos los servicios de salud tiene la obligación de atender ese esa situación como un acto de emergencia. Porque hay una mujer que ha sufrido violencia. Sin embargo, en los centros de salud para no ir lejos públicos, rechazan a las mujeres víctimas. No las atiende, ese es un elemento, digamos, terrible, porque no se cumplen la norma.
Normativa	Somos campeones en hacer normativa, en hacer protocolos, pero ¿cuántos utilizan y aplican esa normativa? ¿Cuántos lo han guardado en la vitrina? ¿Cuántos lo han guardado en su gaveta del escritorio y cuántos se han llevado a su casa y nunca más lo han abierto?	Por otro lado está el tema también de que puedo llegar a complicarme y eso va a significar mucho más dinero y ahí entonces AA volvemos a hablar del tema de gratuidad de los servicios de salud, la necesidad de contar con un sistema universal de salud único, gratuito, no?	Lo que he podido ver es que (el sector) justicia nos empieza a pedir cuentas de varios procesos que ellos también son responsables Creo que tenemos que trabajar, ahondar mucho más en lo que son los sistemas de control. Otra cosa que tenemos que ver no trabajar en procesos de mediano o corto plazo, sino trabajar los procesos de largo plazo que de manera efectiva de aquí unos 15 - 20 años vamos a poder llegar a metas establecidas.		El mismo Ministerio de Salud, nos daba la cifra y nos decían, y eso le estoy hablando hace 3 años antes de la pandemia, nos decían que sólo existen 3 profesionales de Psicología contratados para hacer y quienes lo tienen los seguros. Todo está y eso es también por el modelo de atención que tenemos, un modelo de atención muy vuelvo a decir, muy conductista, donde estamos más preocupados en ver la condición físico biológica de la de la mujer. Y listo, la atención es responder a la patología, en resumen. El hecho de que no todas las personas tienen el acceso a las mismas

CATEGORÍA	Informante Clave 1 Alberto Castro André COD: EP-IC01	Informante Clave 2 Susy Vargas Torrez COD: EP-IC02	Informante Clave 3 Franco Espada Flores COD: EP-IC03	Informante Clave 4 Rubén Costa Benavidez COD: EP-IC04	Informante Clave 5 Cristian Espíndola Molina COD: EP-IC05
					condiciones de acceso a servicios en salud, pues si estamos hablando de una vulneración de derechos, eso es un elemento importante. En Bolivia tenemos un marco normativo que es privilegiado, no hasta alabado por muchos países. Pero, sin embargo, no se cumple. Otro elemento es que la salud se ha mercantilizado. De tal manera que todo el mundo ve plata. Y lo que sucede es que las víctimas de violencia no van a pagar. Entonces, en los centros de salud se dice, bueno, aquí la atención del público es de esta manera. Pero. ¿Si quieres una atención de calidad? Tienes que pagarle en lo privado.
Medios de comunicación			creo que tenemos otro tipo de plataformas, tenemos TikTok, tenemos Facebook, tenemos Instagram, tenemos un montón de herramientas tecnológicas que nos permiten llegar a estos.	Un poco de comunicación, de educación a través de redes sociales, radio por televisión. Es que hay que ser demasiado insistente, agotador, para que las mujeres sepan que tienen ciertas formas de protección, que hay cosas que están bien, que hay cosas que están mal	Si no se les enseña a los niños, a los adolescentes acerca de la sexualidad, del cuidado del cuerpo, de la toma de decisiones, de la misma vivencia, de la sexualidad, es muy difícilmente vamos a poder prevenir estas situaciones porque si se están dando Una de las formas es cambiar estas prácticas, estos comportamientos y la única forma de hacerlo es educación.

Anexo 3. Cuadros estadísticos

Sentires y percepciones de las mujeres

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS		1. La mujer es el sexo débil	2. Una mujer no debe dedicarse a oficios generalmente realizados por hombres (ej. mecánicos)	3. Si la mujer gana más dinero que su pareja, esto no es bueno para la relación	4. Las tareas del hogar son propias de las mujeres	5. Una mujer tiene que tener hijos para sentirse realizada	6. La mujer, a veces, debe tolerar el abuso de su pareja
Total		84%	84%	65%	82%	69%	93%
Depto	La Paz	88%	80%	58%	69%	50%	87%
	Cochabamba	81%	87%	59%	88%	77%	94%
	Santa Cruz	83%	82%	79%	88%	80%	97%
Á. geográfica	Ciudad Capital	88%	85%	68%	87%	73%	94%
	Ciudad Intermedia	78%	79%	61%	74%	64%	91%
Grupo de edad	15 a 19 años	80%	77%	66%	83%	77%	95%
	20 a 25 años	87%	84%	71%	83%	75%	95%
	26 a 35 años	86%	87%	68%	85%	74%	94%
	36 a 50 años	86%	81%	63%	81%	64%	91%
	51 a 60 años	77%	82%	53%	71%	54%	88%
Sit. Conyugal	Casada o conviviente	82%	83%	65%	80%	65%	93%
	Con rel. sentimental	84%	84%	71%	83%	72%	92%
	Sin rel. sentimental	86%	82%	62%	83%	72%	93%
P. Indig	Indígena	81%	81%	59%	77%	63%	90%
	No Indígena	87%	85%	71%	86%	75%	95%
Nivel educativo	Ninguno	61%	56%	56%	33%	17%	67%
	Primaria	74%	81%	63%	76%	54%	87%
	Secundaria	83%	80%	63%	80%	70%	94%
	Técnica	93%	92%	72%	92%	78%	97%
	Superior	91%	91%	52%	91%	82%	94%
Cond. Act.	Ocupada	89%	85%	64%	82%	67%	93%
	Desocupada	85%	89%	80%	89%	74%	98%
	Inactiva	79%	79%	63%	80%	71%	91%
Pobreza	Muy pobre	62%	62%	48%	71%	67%	90%
	Pobre	76%	79%	62%	72%	65%	91%
	No pobre	88%	85%	67%	86%	71%	94%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Sentires y percepciones de las mujeres		
CARACTERISTICAS SELECCIONADAS		De acuerdo
Total		87,1%
Depto	La Paz	75,8%
	Cochabamba	95,0%
	Santa Cruz	90,7%
Á. geográfica	Ciudad Capital	88,7%
	Ciudad Intermedia	84,9%
Grupo de edad	15 a 19 años	90,4%
	20 a 25 años	90,6%
	26 a 35 años	87,6%
	36 a 50 años	84,2%
	51 a 60 años	83,5%
Sit. Conyugal	Casada o conviente	84,7%
	Con rel. sentimental	89,9%
	Sin rel. sentimental	88,5%
P. Indig	Indigena	85,2%
	No Indigena	89,0%
Nivel educativo	Ninguno	50,0%
	Primaria	83,1%
	Secundaria	86,9%
	Técnica	92,1%
	Superior	93,9%
Cond. Act.	Ocupada	85,5%
	Desocupada	90,2%
	Inactiva	88,3%
Pobreza	Muy pobre	57,1%
	Pobre	86,3%
	No pobre	88,7%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida.

Barreras e incentivos para la maternidad

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS		1 Disponer del tiempo personal			2 Oportunidades de empleo			3 Realización profesional			4 Situación económica			5 Vida sexual			6 La relación de pareja		
		Positivo	Ni positivo ni negativo	Negativo	Positivo	Ni positivo ni negativo	Negativo	Positivo	Ni positivo ni negativo	Negativo	Positivo	Ni positivo ni negativo	Negativo	Positivo	Ni positivo ni negativo	Negativo	Positivo	Ni positivo ni negativo	Negativo
Total		32,6%	10,8%	56,6%	25,7%	9,8%	64,5%	25,1%	16,1%	58,8%	26,4%	17,6%	56,0%	21,6%	27,2%	51,2%	33,7%	24,5%	41,8%
Departamento	La Paz	25,8%	15,4%	58,8%	15,4%	14,2%	70,4%	18,1%	21,5%	60,4%	14,6%	26,2%	59,2%	9,6%	41,2%	49,2%	20,8%	38,8%	40,4%
	Cochabamba	41,9%	9,2%	48,8%	38,5%	10,0%	51,5%	35,4%	15,8%	48,8%	38,1%	17,7%	44,2%	22,7%	31,9%	45,4%	41,9%	23,1%	35,0%
	Santa Cruz	30,0%	7,8%	62,3%	23,3%	5,1%	71,6%	21,8%	10,9%	67,3%	26,5%	8,9%	64,6%	32,7%	8,2%	59,1%	38,5%	11,3%	50,2%
Área geográfica	Ciudad Capital	33,9%	13,9%	52,2%	27,8%	11,1%	61,1%	27,4%	17,2%	55,4%	27,8%	19,8%	52,4%	22,2%	30,0%	47,8%	35,0%	26,7%	38,3%
	Ciudad Intermedia	30,6%	6,3%	63,1%	22,7%	7,9%	69,4%	21,8%	14,5%	63,7%	24,3%	14,5%	61,2%	20,8%	23,0%	56,2%	31,9%	21,1%	47,0%
Grupo de edad	15 a 19 años	28,0%	8,0%	64,0%	25,6%	12,0%	62,4%	24,8%	12,0%	63,2%	23,2%	12,8%	64,0%	12,8%	35,2%	52,0%	23,2%	23,2%	53,6%
	20 a 25 años	33,1%	9,4%	57,6%	26,6%	9,4%	64,0%	25,9%	13,7%	60,4%	32,4%	16,5%	51,1%	27,3%	22,3%	50,4%	38,1%	21,6%	40,3%
	26 a 35 años	38,8%	11,9%	49,3%	28,9%	9,5%	61,7%	30,8%	17,9%	51,2%	28,9%	18,9%	52,2%	27,9%	28,4%	43,8%	40,8%	27,4%	31,8%
	36 a 50 años	33,0%	12,7%	54,3%	25,3%	10,4%	64,3%	22,2%	21,7%	56,1%	24,9%	22,2%	52,9%	24,0%	27,6%	48,4%	37,1%	26,2%	36,7%
	51 a 60 años	23,1%	9,9%	67,0%	18,7%	6,6%	74,7%	18,7%	7,7%	73,6%	19,8%	12,1%	68,1%	5,5%	19,8%	74,7%	17,6%	19,8%	62,6%
Situación Conyugal	Casada o conviviente	34,8%	11,1%	54,1%	27,3%	7,8%	64,9%	25,2%	18,3%	56,5%	27,0%	19,8%	53,2%	27,6%	23,4%	48,9%	41,7%	21,6%	36,6%
	En una relación sentimental	34,8%	8,2%	57,0%	30,4%	12,0%	57,6%	31,0%	15,2%	53,8%	34,8%	14,6%	50,6%	26,6%	25,9%	47,5%	43,0%	18,4%	38,6%
	Sin relación sentimental	28,7%	11,9%	59,4%	21,3%	10,8%	67,8%	21,7%	14,0%	64,3%	21,0%	16,8%	62,2%	11,9%	32,2%	55,9%	19,2%	31,1%	49,7%
Nivel educativo	Ninguno	11,1%	5,6%	83,3%	11,1%	5,6%	83,3%	11,1%	5,6%	83,3%	11,1%	5,6%	83,3%	11,1%	11,1%	77,8%	11,1%	11,1%	77,8%
	Primaria	28,0%	10,2%	61,9%	22,0%	8,5%	69,5%	22,0%	16,1%	61,9%	25,4%	11,9%	62,7%	20,3%	19,5%	60,2%	26,3%	19,5%	54,2%
	Secundaria	31,4%	7,4%	61,2%	22,0%	6,7%	71,4%	22,5%	13,6%	64,0%	21,5%	16,5%	62,0%	22,2%	25,7%	52,1%	33,3%	22,2%	44,4%
	Técnica	37,9%	18,2%	43,8%	36,5%	15,3%	48,3%	32,5%	21,2%	46,3%	36,5%	22,7%	40,9%	23,6%	34,5%	41,9%	43,3%	32,0%	24,6%
	Superior	42,4%	12,1%	45,5%	27,3%	21,2%	51,5%	30,3%	21,2%	48,5%	36,4%	27,3%	36,4%	12,1%	36,4%	51,5%	18,2%	30,3%	51,5%
Condición de actividad	Ocupada	33,9%	10,7%	55,5%	29,0%	11,5%	59,6%	26,2%	15,6%	58,2%	27,6%	18,6%	53,8%	22,4%	26,2%	51,4%	35,2%	25,1%	39,6%
	Desocupada	39,3%	13,1%	47,5%	26,2%	11,5%	62,3%	31,1%	19,7%	49,2%	26,2%	18,0%	55,7%	27,9%	27,9%	44,3%	44,3%	26,2%	29,5%
	Inactiva	30,0%	10,6%	59,4%	22,3%	7,7%	70,0%	22,9%	16,0%	61,1%	25,1%	16,6%	58,3%	19,7%	28,0%	52,3%	30,3%	23,4%	46,3%
Condición de pobreza subjetiva	Muy pobre	19,0%	14,3%	66,7%	9,5%	9,5%	81,0%	9,5%	14,3%	76,2%	9,5%	9,5%	81,0%	19,0%	14,3%	66,7%	19,0%	33,3%	47,6%
	Pobre	32,2%	7,9%	59,9%	24,2%	7,0%	68,7%	24,7%	11,0%	64,3%	24,2%	12,3%	63,4%	28,2%	16,7%	55,1%	33,5%	16,3%	50,2%
	No pobre	33,3%	11,9%	54,8%	27,0%	11,0%	62,0%	25,9%	18,3%	55,8%	28,0%	20,2%	51,8%	18,9%	32,1%	49,0%	34,4%	27,6%	38,0%

Edad ideal para tener el/la primer/a hijo/a

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS		Mínimo	Media	Máximo
Total		15	26	40
Departamento	La Paz	20	28	40
	Cochabamba	17	26	40
	Santa Cruz	15	23	35
Área geográfica	Ciudad Capital	17	26	40
	Ciudad Intermedia	15	25	38
Grupo de edad	15 a 19 años	20	27	40
	20 a 25 años	15	26	40
	26 a 35 años	18	25	40
	36 a 50 años	17	26	40
	51 a 60 años	18	25	35
Situación Conyugal	Casada o conviente	18	25	40
	En una relación sentimental	18	27	40
	Sin relación sentimental	15	26	40
Pertenencia a pueblos indígenas	Indígena	17	26	40
	No Indígena	15	26	40
Nivel educativo	Ninguno	20	27	35
	Primaria	15	24	35
	Secundaria	17	25	40
	Técnica	20	27	40
	Superior	18	27	40
Condición de actividad	Ocupada	17	26	40
	Desocupada	15	26	35
	Inactiva	18	26	40
Condición de pobreza subjetiva	Muy pobre	18	22	35
	Pobre	15	25	36
	No pobre	17	26	40

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Preferencias reproductivas: fertilidad deseada vs. efectiva							
CARACTERISTICAS SELECCIONADAS		Fecundidad deseada			Fecundidad efectiva		
		Moda	Mínimo	Máximo	Moda	Mínimo	Máximo
Total		2	0	4	0	0	4
Departamento	La Paz	2	0	4	0	0	4
	Cochabamba	2	0	4	0	0	4
	Santa Cruz	2	0	4	0	0	4
Grupo de edad	15 a 19 años	2	0	4	0	0	3
	20 a 25 años	2	0	4	0	0	4
	26 a 35 años	2	0	4	2	0	4
	36 a 50 años	2	0	4	4	0	4
	51 a 60 años	3	0	4	4	0	4
Lugar de residencia	Ciudad Capital	2	0	4	0	0	4
	Ciudad Intermedia	2	0	4	4	0	4
Situación Conyugal	Casada o conviviente	2	0	4	4	0	4
	En una relación sentimental	2	0	4	0	0	4
	Sin relación sentimental	2	0	4	0	0	4
Familia Numerosa	3 o más de hermanos	2	0	4	0	0	4
	2 hermanos o menos	2	0	4	0	0	4
Pertenencia a pueblos indígenas	Indígena	2	0	4	0	0	4
	No Indígena	2	0	4	0	0	4
Nivel educativo	Ninguno	2	0	4	4	1	4
	Primaria	2	0	4	4	0	4
	Secundaria	2	0	4	0	0	4
	Superior	2	0	4	0	0	4
	Técnica	2	0	4	0	0	4
Condición de actividad	Ocupada	2	0	4	4	0	4
	Desocupada	2	0	4	0	0	4
	Inactiva	2	0	4	0	0	4
Condición de pobreza subjetiva	Muy pobre	3	1	4	3	0	4
	Pobre	2	0	4	4	0	4
	No pobre	2	0	4	0	0	4
Mas hijos de los deseados	Si	2	0	4	0	0	4
	No	2	d	3	4	1	4
Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida							

Distribución porcentual de las madres por características seleccionadas según deseo del embarazo

CARACTERISTICAS SELECCIONADAS		Deseado	Antes de lo deseado	Antes y después de lo deseado	Después de lo deseado
Total		61%	28%	4%	7%
Departamento	La Paz	73%	9%	3%	14%
	Cochabamba	64%	30%	5%	1%
	Santa Cruz	49%	43%	3%	5%
Área geográfica	Ciudad Capital	65%	24%	5%	6%
	Ciudad Intermedia	56%	34%	2%	7%
Grupo de edad	15 a 19 años	40%	60%	0%	0%
	20 a 25 años	58%	42%	0%	0%
	26 a 35 años	57%	33%	5%	5%
	36 a 50 años	64%	22%	4%	9%
	51 a 60 años	64%	26%	2%	7%
Situación Conyugal	Casada o conviente	63%	25%	4%	8%
	En una relación sentimental	50%	46%	4%	0%
	Sin relación sentimental	61%	32%	2%	5%
Familia Numerosa	3 o más de hermanos	61%	27%	4%	8%
	2 hermanos o menos	62%	32%	3%	3%
Pertenencia a pueblos indígenas	Indígena	65%	22%	3%	10%
	No Indígena	57%	35%	4%	4%
Nivel educativo	Ninguno	72%	28%	0%	0%
	Primaria	59%	25%	3%	13%
	Secundaria	56%	33%	3%	8%
	Técnica	72%	21%	7%	0%
	Superior	70%	26%	4%	0%
Condición de actividad	Ocupada	66%	22%	5%	7%
	Desocupada	51%	43%	0%	6%
	Inactiva	54%	38%	3%	6%
Condición de pobreza subjetiva	Muy pobre	26%	74%	0%	0%
	Pobre	57%	35%	2%	7%
	No pobre	66%	22%	5%	7%
Total de hijas y/o hijos nacidos vivos incluyendo fallecidos o ausentes	UNO	74%	24%	2%	0%
	DOS	67%	26%	4%	3%
	TRES	59%	33%	3%	5%
	CUATRO O MÁS	48%	31%	5%	16%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Razón más importante en la que las mujeres basan la decisión de tener hijos

		¿Cuál es la razón (o razones) más importante en la que basa la decisión de tener hijos?								Total
CARACTERISTICAS SELECCIONADAS		1. Quiero ser madre/ Formar una familia	2. Quiero la pareja o un hijo de sexo diferente al/os que tengo	3. Para que los hijos tengan hermanos	7. Para tener en el futuro quien se ocupe de mí	4. Me he vuelto a unir o casar	5. Los hijos unen más a la pareja	6. Mi pareja quiere	8. Otros	
Total		60%	8%	13%	8%	,9%	2,9%	2,9%	5,1%	100,0%
Departamento	La Paz	71%	5%	8%	5%	1,3%	3,4%	2,5%	4,2%	34,1%
	Cochabamba	71%	5%	4%	7%	,9%	2,6%	3,5%	5,7%	32,9%
	Santa Cruz	36%	15%	27%	11%	,4%	2,6%	2,6%	5,3%	32,9%
Área geográfica	Ciudad Capital	60%	9%	14%	7%	1,0%	3,6%	1,9%	3,6%	59,4%
	Ciudad Intermedia	60%	7%	11%	9%	,7%	1,8%	4,3%	7,1%	40,6%
Grupo de edad	15 a 19 años	59%	10%	13%	8%		4,3%	1,1%	5,4%	13,4%
	20 a 25 años	57%	13%	11%	5%		2,4%	2,4%	9,8%	17,8%
	26 a 35 años	61%	7%	13%	6%	1,1%	3,3%	3,9%	5,0%	26,2%
	36 a 50 años	61%	8%	13%	8%	1,4%	2,9%	2,9%	3,8%	30,1%
	51 a 60 años	61%	3%	15%	14%	1,1%	1,1%	3,4%	1,1%	12,6%
Situación Conyugal	Casada o conviente	56%	10%	16%	7%	,9%	2,7%	3,0%	4,0%	47,4%
	En una relación sentimental	64%	9%	9%	6%	,7%	2,9%	2,2%	5,8%	19,9%
	Sin relación sentimental	63%	5%	9%	9%	,9%	3,1%	3,1%	6,2%	32,7%
Familia Numerosa	3 o más de hermanos	61%	9%	11%	8%	1,3%	2,2%	3,1%	4,0%	64,9%
	2 hermanos o menos	57%	7%	15%	7%		4,1%	2,5%	7,0%	35,1%
Pertenencia a pueblos indígenas	Indígena	66%	8%	7%	8%	,6%	2,3%	3,4%	4,3%	50,4%
	No Indígena	54%	8%	18%	7%	1,2%	3,5%	2,3%	5,8%	49,6%
Nivel educativo	Ninguno	56%		11%	22%				11,1%	2,6%
	Primaria	58%	7%	10%	10%	3,7%	1,8%	4,6%	4,6%	15,8%
	Secundaria	56%	11%	15%	7%	,6%	2,2%	2,8%	4,5%	51,7%
	Técnica	66%	4%	10%	6%		4,5%	2,3%	6,8%	25,4%
	Superior	74%	10%	6%			6,5%	3,2%		4,5%
Condición de actividad	Ocupada	67%	7%	9%	7%	1,5%	2,4%	2,4%	3,6%	48,7%
	Desocupada	61%	7%	11%	9%		5,3%	1,8%	5,3%	8,2%
	Inactiva	52%	10%	16%	8%	,3%	3,0%	3,7%	6,7%	43,1%
Condición de pobreza subjetiva	Muy pobre	29%		43%	10%	4,8%	4,8%	4,8%	4,8%	3,0%
	Pobre	48%	11%	17%	10%	1,4%	2,3%	5,1%	5,1%	30,9%
	No pobre	67%	8%	9%	6%	,4%	3,1%	1,8%	5,0%	66,0%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Mujeres que trabajaba antes de tener hijos

		¿Trabajaba antes de tener hijos?		
CARACTERISTICAS SELECCIONADAS		SÍ	NO	Total
Total		78,5%	21,5%	100,0%
Departamento	La Paz	80,1%	19,9%	34,1%
	Cochabamba	79,9%	20,1%	32,9%
	Santa Cruz	76,0%	24,0%	32,9%
Área geográfica	Ciudad Capital	79,5%	20,5%	59,4%
	Ciudad Intermedia	77,2%	22,8%	40,6%
Grupo de edad	15 a 19 años	40,0%	60,0%	13,4%
	20 a 25 años	66,7%	33,3%	17,8%
	26 a 35 años	73,5%	26,5%	26,2%
	36 a 50 años	86,1%	13,9%	30,1%
	51 a 60 años	78,2%	21,8%	12,6%
Situación Conyugal	Casada o conviente	82,0%	18,0%	47,4%
	En una relación sentimental	60,9%	39,1%	19,9%
	Sin relación sentimental	75,7%	24,3%	32,7%
Familia Numerosa	3 o más de hermanos	79,6%	20,4%	64,9%
	2 hermanos o menos	76,0%	24,0%	35,1%
Pertenencia a pueblos indígenas	Indígena	80,2%	19,8%	50,4%
	No Indígena	76,6%	23,4%	49,6%
Nivel educativo	Ninguno	72,2%	27,8%	2,6%
	Primaria	79,4%	20,6%	15,8%
	Secundaria	76,1%	23,9%	51,7%
	Técnica	80,8%	19,2%	25,4%
	Superior	91,3%	8,7%	4,5%
Condición de actividad	Ocupada	82,1%	17,9%	48,7%
	Desocupada	77,1%	22,9%	8,2%
	Inactiva	72,4%	27,6%	43,1%
Condición de pobreza subjetiva	Muy pobre	78,9%	21,1%	3,0%
	Pobre	72,6%	27,4%	30,9%
	No pobre	82,1%	17,9%	66,0%
Total de hijas y/o hijos nacidos vivos incluyendo fallecidos o ausentes	UNO	75,8%	24,2%	68,9%
	DOS	79,2%	20,8%	8,9%
	TRES	82,5%	17,5%	16,3%
	CUATRO O MÁS	76,6%	23,4%	5,8%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Mujeres o sus parejas que se han sometido o está actualmente en tratamiento para poder tener hijos (reproducción asistida)

	Total	8,0%
Departamento	La Paz	4,2%
	Cochabamba	7,6%
	Santa Cruz	11,9%
Área geográfica	Ciudad Capital	10,0%
	Ciudad Intermedia	5,2%
Grupo de edad	15 a 19 años	4,1%
	20 a 25 años	6,6%
	26 a 35 años	6,4%
	36 a 50 años	11,5%
	51 a 60 años	6,6%
Situación Conyugal	Casada o conviviente	9,6%
	En una relación sentimental	7,1%
	Sin relación sentimental	5,6%
Familia Numerosa	3 o más de hermanos	7,5%
	2 hermanos o menos	9,0%
Pertenencia a pueblos indígenas	Indígena	7,2%
	No Indígena	8,8%
Nivel educativo	Ninguno	16,7%
	Primaria	9,2%
	Secundaria	6,6%
	Técnica	9,2%
	Superior	6,3%
Condición de actividad	Ocupada	7,6%
	Desocupada	9,8%
	Inactiva	8,2%
Condición de pobreza subjetiva	Muy pobre	9,5%
	Pobre	10,4%
	No pobre	6,8%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de su vida.

PORCENTAJE DE MUJERES QUE CONOCEN, USARON Y USAN ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS		Conoce o ha oído hablar de algún MAC?	Usted o su pareja han usado alguna vez alguno MAC	Actualmente Ud. o su pareja, usa algún MAC
Total	Total	91,3%	71,0%	38,9%
Departamento	La Paz	92,3%	64,4%	31,2%
	Cochabamba	89,1%	68,8%	40,5%
	Santa Cruz	92,6%	70,2%	39,9%
Lugar de residencia	Ciudad Capital	92,4%	66,3%	36,3%
	Ciudad Intermedia	89,8%	70,2%	38,8%
Grupo de edad	15 a 19 años	88,7%	52,7%	34,5%
	20 a 25 años	94,9%	58,1%	38,5%
	26 a 35 años	97,0%	74,9%	45,9%
	36 a 50 años	91,9%	72,6%	38,8%
	51 a 60 años	75,8%	63,8%	10,1%
Situación Conyugal	Casada o conviviente	92,8%	75,4%	41,7%
	En una relación sentimental	96,8%	70,3%	50,7%
	Sin relación sentimental	86,7%	52,8%	19,1%
Pertenencia a pueblos indígenas	Indígena	89,6%	65,9%	33,4%
	No Indígena	93,1%	69,7%	41,0%
Nivel educativo	Ninguno	44,4%	25,0%	0,0%
	Primaria	80,3%	69,8%	24,4%
	Secundaria	92,3%	67,0%	40,1%
	Superior	99,0%	70,4%	42,3%
	Técnica	96,9%	66,7%	23,3%
Condición de actividad	Ocupada	92,6%	71,7%	37,1%
	Desocupada	98,4%	73,2%	33,9%
	Inactiva	88,8%	61,3%	38,3%
Situación de pobreza	Muy pobre	85,7%	50,0%	38,9%
	Pobre	85,8%	64,4%	38,4%
	No pobre	93,9%	70,0%	36,7%
Condición de sexualidad	Nunca ha tenido relaciones sexuales	88,9%		
	Sexualmente Activa	96,1%	73,5%	53,7%
	Sexualmente Inactiva	88,6%	69,1%	26,9%
Fertilidad efectiva	Igual o menos hijos de los deseados	92,1%	69,9%	41,3%
	Más hijos de los deseados	90,6%	75,7%	28,7%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

CANTIDAD PROMEDIO, MINIMO Y MÁXIMO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN Y USAN LAS MUJERES

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS		¿Cuántos métodos anticonceptivos conoce?			¿Cuántos métodos anticonceptivos usa?		
		Media	Min	Max	Media	Min	Max
Total		4,3	1,00	10,00	1,2	1,00	6,00
Departamento	La Paz	3,5	1,00	10,00	1,1	1,00	2,00
	Cochabamba	3,5	1,00	10,00	1,3	1,00	4,00
	Santa Cruz	5,8	1,00	10,00	1,1	1,00	6,00
Lugar de residencia	Ciudad Capital	4,4	1,00	10,00	1,2	1,00	2,00
	Ciudad Intermedia	4,0	1,00	10,00	1,3	1,00	3,00
Grupo de edad	15 a 19 años	3,5	1,00	9,00	1,2	1,00	6,00
	20 a 25 años	4,7	1,00	10,00	1,1	1,00	4,00
	26 a 35 años	4,6	1,00	10,00	1,0	1,00	1,00
	36 a 50 años	4,2	1,00	10,00	1,2	1,00	4,00
	51 a 60 años	3,8	1,00	10,00	1,1	1,00	6,00
Situación Conyugal	Casada o conviente	4,5	1,00	10,00	1,1	1,00	6,00
	En una relación sentimental	4,1	1,00	10,00	1,2	1,00	4,00
	Sin relación sentimental	4,1	1,00	10,00	1,4	1,00	3,00
Pertenencia a pueblos indígenas	Indígena	3,7	1,00	10,00	1,2	1,00	4,00
	No Indígena	4,8	1,00	10,00	1,2	1,00	6,00
Nivel educativo	Ninguno	1,9	1,00	3,00	0,0	0,00	0,00
	Primaria	3,7	1,00	9,00	1,0	1,00	1,00
	Secundaria	4,1	1,00	10,00	1,1	1,00	6,00
	Superior	4,9	1,00	10,00	1,3	1,00	4,00
	Técnica	4,6	1,00	9,00	1,1	1,00	2,00
Situación de pobreza	Muy pobre	4,3	2,00	9,00	1,0	1,00	1,00
	Pobre	4,0	1,00	9,00	1,1	1,00	6,00
	No pobre	4,4	1,00	10,00	1,2	1,00	4,00

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

METODO ANTICONCEPTIVO	DEPARTAMENTO											
	Total		La Paz		Cochabamba		Santa Cruz		Ciudad Capital		Ciudad Intermedia	
	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa
3. Condón masculino	75,5%	33,9%	84,1%	33,3%	70,0%	53,0%	72,3%	16,1%	76,7%	32,6%	73,8%	35,8%
2. Píldoras anticonceptivas	70,0%	14,6%	58,6%	14,3%	69,6%	18,1%	81,9%	11,5%	72,9%	17,4%	65,6%	10,5%
7. Dispositivo intrauterino - DIU (T de	69,7%	26,6%	62,3%	38,1%	63,9%	19,3%	82,8%	25,3%	68,7%	26,8%	71,3%	26,3%
5. Inyección anticonceptiva	53,5%	12,4%	28,0%	3,2%	48,7%	9,6%	83,6%	21,8%	52,9%	10,1%	54,3%	15,8%
4. Pastilla del día después	43,1%	4,3%	36,4%	1,6%	32,2%	8,4%	60,5%	2,3%	44,5%	5,1%	41,1%	3,2%
1. Calendario de días fértiles - Ritmo	34,8%	7,7%	33,1%	4,8%	20,0%	14,5%	50,8%	3,4%	39,5%	8,7%	27,7%	6,3%
8. Cirugía esterilizadora (vasectomía,	31,7%	10,7%	18,0%	7,9%	12,6%	3,6%	63,9%	19,5%	32,9%	8,0%	29,8%	14,7%
6. Parche anticonceptivo	22,8%	1,3%	12,1%	1,6%	18,7%	2,4%	37,4%		28,0%	2,2%	14,9%	
9. Condón femenino	18,1%	0,4%	7,9%		10,4%	1,2%	35,7%		19,1%	,7%	16,7%	
10. Otro	8,3%	5,6%	6,3%	4,8%	5,2%	3,6%	13,4%	8,0%	8,9%	8,0%	7,4%	2,1%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

GRUPO DE EDAD

METODO ANTICONCEPTIVO	15 a 19 años		20 a 25 años		26 a 35 años		36 a 50 años		51 a 60 años	
	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa
3. Condón masculino	85,5%	68,4%	78,6%	46,7%	75,8%	27,4%	71,9%	24,4%	63,8%	42,9%
2. Píldoras anticonceptivas	65,5%	15,8%	74,0%	20,0%	72,7%	19,0%	66,5%	7,7%	72,5%	0,0%
7. Dispositivo intrauterino - DIU	45,5%	10,5%	67,9%	15,6%	77,3%	27,4%	73,9%	38,5%	78,3%	0,0%
5. Inyección anticonceptiva	39,1%	10,5%	52,7%	11,1%	62,4%	14,3%	54,7%	11,5%	49,3%	14,3%
4. Pastilla del día después	46,4%	5,3%	53,4%	8,9%	50,5%	3,6%	35,0%	2,6%	21,7%	0,0%
1. Calendario de días fértiles - Ritmo	18,2%	10,5%	43,5%	8,9%	35,1%	8,3%	37,9%	5,1%	34,8%	14,3%
8. Cirugía esterilizadora	20,0%	0,0%	33,6%	4,4%	37,6%	10,7%	31,5%	15,4%	30,4%	28,6%
6. Parche anticonceptivo	13,6%	0,0%	29,0%	0,0%	23,2%	3,6%	26,1%	0,0%	14,5%	0,0%
9. Condón femenino	12,7%	0,0%	27,5%	2,2%	21,1%	0,0%	13,3%	,0%	14,5%	0,0%
10. Otro	6,4%	0,0%	13,0%	8,9%	8,2%	6,0%	7,9%	5,1%	4,3%	0,0%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

METODO ANTICONCEPTIVO	Ninguno		Primaria		Secundaria		Superior		Técnica	
	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa
3. Condón masculino	62,5%		73,4%	28,6%	74,3%	28,8%	81,1%	45,0%	64,5%	14,3%
2. Píldoras anticonceptivas	12,5%		63,8%		67,8%	12,8%	76,6%	20,0%	87,1%	28,6%
7. Dispositivo intrauterino - DIU (T de	50,0%		72,3%	23,8%	67,3%	28,0%	73,6%	25,0%	71,0%	28,6%
5. Inyección anticonceptiva	12,5%		53,2%	19,0%	52,5%	15,2%	58,2%	6,3%	45,2%	14,3%
4. Pastilla del día después	12,5%		19,1%		46,4%	3,2%	48,3%	5,0%	51,6%	28,6%
1. Calendario de días fértiles - Ritmo			30,9%	4,8%	26,3%	4,8%	51,7%	13,8%	48,4%	
8. Cirugía esterilizadora (vasectomía	25,0%		28,7%	19,0%	32,7%	13,6%	31,8%	5,0%	29,0%	
6. Parche anticonceptivo			9,6%		18,8%		34,8%	3,8%	38,7%	
9. Condón femenino			13,8%		15,8%	0,8%	23,9%		25,8%	
10. Otro	12,5%		2,1%	4,8%	8,8%	5,6%	10,9%	6,3%	3,2%	

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

SITUACIÓN CONYUGAL

METODO ANTICONCEPTIVO	Casada o conviviente		una relación sentimental		sin relación sentimental	
	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa
3. Condón masculino	71,2%	20,2%	76,8%	45,7%	80,2%	61,8%
2. Píldoras anticonceptivas	71,5%	12,4%	66,9%	18,6%	70,0%	14,7%
7. Dispositivo intrauterino - DIU (T de	79,6%	31,8%	66,2%	24,3%	59,5%	11,8%
5. Inyección anticonceptiva	58,6%	14,7%	48,3%	10,0%	50,2%	8,8%
4. Pastilla del día después	41,4%	0,8%	48,3%	8,6%	42,1%	8,8%
1. Calendario de días fértiles - Ritmo	34,0%	4,7%	33,8%	8,6%	36,4%	17,6%
8. Cirugía esterilizadora (vasectomía	37,9%	16,3%	28,5%	2,9%	25,9%	5,9%
6. Parche anticonceptivo	24,9%	2,3%	20,5%		21,5%	
9. Condón femenino	19,4%		13,9%		19,0%	2,9%
10. Otro	9,1%	7,0%	11,3%	2,9%	5,7%	5,9%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

PERTENENCIA A PUEBLOS INDIGENAS

METODO ANTICONCEPTIVO	Indígena		No Indígena	
	Conoce	Usa	Conoce	Usa
3. Condón masculino	73,5%	39,8%	77,5%	29,2%
2. Píldoras anticonceptivas	65,3%	14,6%	74,5%	14,6%
7. Dispositivo intrauterino - DIU (T de	65,9%	26,2%	73,4%	26,9%
5. Inyección anticonceptiva	42,9%	8,7%	63,5%	15,4%
4. Pastilla del día después	37,6%	5,8%	48,4%	3,1%
1. Calendario de días fértiles - Ritmo	29,7%	7,8%	39,6%	7,7%
8. Cirugía esterilizadora (vasectomía	22,7%	6,8%	40,1%	13,8%
6. Parche anticonceptivo	15,5%	1,9%	29,7%	0,8%
9. Condón femenino	10,5%	1,0%	25,3%	
10. Otro	7,0%	5,8%	9,6%	5,4%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

METODO ANTICONCEPTIVO	Ocupada		Desocupada		Inactiva	
	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa
3. Condón masculino	76,3%	36,1%	90,0%	31,6%	71,9%	31,5%
2. Píldoras anticonceptivas	70,3%	11,5%	80,0%	15,8%	67,7%	18,5%
7. Dispositivo intrauterino - DIU (T de	74,8%	29,5%	81,7%	21,1%	61,9%	23,9%
5. Inyección anticonceptiva	54,9%	12,3%	76,7%	21,1%	47,4%	10,9%
4. Pastilla del día después	39,2%	4,1%	63,3%	5,3%	43,5%	4,3%
1. Calendario de días fértiles - Ritmo	39,2%	9,0%	70,0%	10,5%	23,2%	5,4%
8. Cirugía esterilizadora (vasectomía	33,5%	10,7%	50,0%	5,3%	26,1%	12,0%
6. Parche anticonceptivo	23,7%	0,8%	35,0%		19,4%	2,2%
9. Condón femenino	18,1%		40,0%		13,9%	1,1%
10. Otro	5,3%	1,6%	8,3%	15,8%	11,6%	8,7%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

SITUACIÓN DE POBREZA

METODO ANTICONCEPTIVO	Muy pobre		Pobre		No pobre	
	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa
3. Condón masculino	44,4%		70,6%	16,2%	78,6%	43,0%
2. Píldoras anticonceptivas	50,0%		65,5%	11,8%	72,5%	16,5%
7. Dispositivo intrauterino - DIU (T de	88,9%	42,9%	70,1%	27,9%	68,9%	25,3%
5. Inyección anticonceptiva	66,7%	14,3%	57,7%	20,6%	51,3%	8,9%
4. Pastilla del día después	22,2%		33,5%	2,9%	47,7%	5,1%
1. Calendario de días fértiles - Ritmo	27,8%	14,3%	26,8%	4,4%	38,2%	8,9%
8. Cirugía esterilizadora (vasectomía,	66,7%	28,6%	37,1%	17,6%	28,3%	7,0%
6. Parche anticonceptivo	22,2%		19,6%		24,0%	1,9%
9. Condón femenino	22,2%		12,9%		20,0%	0,6%
10. Otro	22,2%		10,3%	10,3%	7,1%	3,8%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

CONDICIÓN DE SEXUALIDAD

METODO ANTICONCEPTIVO	Nunca ha tenido		Sexualmente Activa		Sexualmente Inactiva	
	Conoce	Usa	Conoce	Usa	Conoce	Usa
3. Condón masculino	85,7%		73,5%	29,2%	73,7%	40,9%
2. Píldoras anticonceptivas	67,9%		69,4%	13,2%	71,3%	17,0%
7. Dispositivo intrauterino - DIU (T de	48,2%		77,6%	30,6%	70,6%	19,3%
5. Inyección anticonceptiva	39,3%		59,7%	12,5%	53,2%	12,5%
4. Pastilla del día después	40,2%		48,9%	3,5%	39,4%	5,7%
1. Calendario de días fértiles - Ritmo	23,2%		40,3%	8,3%	34,3%	6,8%
8. Cirugía esterilizadora (vasectomía,	16,1%		41,8%	13,2%	28,7%	6,8%
6. Parche anticonceptivo	9,8%		31,7%	2,1%	19,9%	
9. Condón femenino	14,3%		23,5%		15,0%	1,1%
10. Otro	2,7%		12,3%	6,3%	7,0%	4,5%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

FERTILIDAD EFECTIVA

METODO ANTICONCEPTIVO	Menos hijos de los deseados		Más hijos de los deseados	
	Conoce	Usa	Conoce	Usa
3. Condón masculino	76,1%	44,1%	74,8%	12,1%
2. Píldoras anticonceptivas	74,9%	16,7%	63,5%	9,1%
7. Dispositivo intrauterino - DIU (T de	72,1%	23,5%	79,1%	48,5%
5. Inyección anticonceptiva	59,0%	9,8%	47,8%	15,2%
4. Pastilla del día después	54,6%	6,9%	23,5%	
1. Calendario de días fértiles - Ritmo	42,6%	8,8%	31,3%	
8. Cirugía esterilizadora (vasectomía,	35,1%	2,0%	27,8%	12,1%
6. Parche anticonceptivo	29,9%	2,9%	10,4%	
9. Condón femenino	22,3%		7,8%	
10. Otro	11,2%	7,8%	3,5%	3,0%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

LUGAR DONDE LAS MUJERES ACUDEN O ACUDIERON PARA ACCEDER AL MÉTODO ANTICONCEPTIVO
(EN PORCENTAJE)

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS		¿Dónde acude o acudió para acceder a este método anticonceptivo?					
		Caja de salud	Puesto, centro, hospital de salud público	Consultorio, clínica, hospital de salud privado	Farmacia	Servicios de medicina tradicional ancestral	Otro
Total		9,4%	36,1%	15,5%	37,3%	,4%	1,3%
Departamento	La Paz	8%	38%	17%	35%	0%	2%
	Cochabamba	8%	25%	13%	49%	1%	2%
	Santa Cruz	11%	45%	16%	28%	0%	0%
Lugar de residencia	Ciudad Capital	12%	30%	20%	38%	0%	1%
	Ciudad Intermedia	6%	45%	9%	37%	1%	1%
Grupo de edad	15 a 19 años	11%	16%	5%	68%	0%	0%
	20 a 25 años	2%	27%	24%	44%	0%	2%
	26 a 35 años	11%	42%	13%	33%	0%	1%
	36 a 50 años	12%	41%	17%	29%	0%	1%
	51 a 60 años	14%	29%		43%	14%	0%
Situación Conyugal	Casada o conviviente	12%	49%	15%	23%	0%	1%
	En una relación sentimental	6%	21%	19%	51%	1%	1%
	Sin relación sentimental	6%	18%	12%	62%	0%	3%
Pertenencia a pueblos indígenas	Indígena	8%	34%	13%	43%	1%	2%
	No Indígena	11%	38%	18%	33%	0%	1%
Nivel educativo	Ninguno						
	Primaria	0%	67%	5%	29%	0%	0%
	Secundaria	10%	42%	14%	34%	0%	0%
	Superior	13%	20%	20%	43%	1%	4%
	Técnica	0%	14%	29%	57%	0%	0%
Condición de actividad	Ocupada	9%	35%	13%	41%	1%	1%
	Desocupada	0%	21%	26%	47%	0%	5%
	Inactiva	12%	40%	16%	30%	0%	1%
Situación de pobreza	Muy pobre	0%	100%	0%	0%	0%	0%
	Pobre	10%	53%	15%	22%	0%	0%
	No pobre	9%	26%	16%	46%	1%	2%
Condición de sexualidad	Nunca ha tenido relaciones sexuales						
	Sexualmente Activa	10%	41%	19%	27%	1%	2%
	Sexualmente Inactiva	9%	27%	9%	55%	0%	0%
Fertilidad efectiva	Igual o menos hijos de los des	10%	32%	17%	39%	1%	2%
	Más hijos de los deseados	9%	61%	6%	24%	0%	0%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

CAUSA PRINCIPAL POR LA CUAL LAS MUJERES NO USAN UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

(EN PORCENTAJE)

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS		¿Cuál es la causa principal de que no utilice ningún método anticonceptivo?							
		Nunca utilizó anticonceptivos	Quiere tener un hijo/a	Esta embarazada	Por convicciones religiosas o morales	Porque no confía	Poca disponibilidad, accesibilidad o costo elevado	La pareja no lo aprueba	Actualmente no tiene relaciones sexuales o pareja
Total		7,7%	6,2%	10,2%	0,5%	6,6%	0,3%	12,5%	48,5%
Departamento	La Paz	4,3%	1,4%	10,8%		7,2%		12,9%	56,1%
	Cochabamba	8,2%	9,8%	4,9%	0,8%	9,0%	0,8%	24,6%	33,6%
	Santa Cruz	10,7%	7,6%	14,5%	0,8%	3,8%		0,8%	54,2%
Lugar de residencia	Ciudad Capital	7,0%	6,2%	9,9%	0,8%	5,0%	0,4%	7,9%	52,1%
	Ciudad Intermedia	8,7%	6,0%	10,7%		9,3%		20,0%	42,7%
Grupo de edad	15 a 19 años	8,3%	2,8%	11,1%		11,1%		11,1%	55,6%
	20 a 25 años	13,9%	2,8%	15,3%	1,4%	4,2%		9,7%	52,8%
	26 a 35 años	4,0%	11,1%	17,2%	1,0%	7,1%		14,1%	30,3%
	36 a 50 años	4,9%	7,3%	6,5%		8,1%	0,8%	13,8%	46,3%
	51 a 60 años	11,3%	1,6%			3,2%		11,3%	72,6%
Situación Conyugal	Casada o conviente	7,8%	7,8%	18,9%	1,1%	7,8%		13,3%	30,0%
	En una relación sentimental	8,8%	10,3%	5,9%		14,7%	1,5%	16,2%	35,3%
	Sin relación sentimental	6,9%	2,1%	1,4%		1,4%		9,7%	77,8%
Pertenencia a pueblos indígenas	Indígena	5,9%	3,9%	8,8%	0,5%	9,3%		19,0%	47,3%
	No Indígena	9,6%	8,6%	11,8%	0,5%	3,7%	0,5%	5,3%	49,7%
Nivel educativo	Ninguno	25,0%				12,5%			62,5%
	Primaria	13,8%		6,2%		4,6%		12,3%	63,1%
	Secundaria	6,4%	5,9%	13,4%	1,1%	8,6%	0,5%	14,4%	43,3%
	Superior	6,4%	9,2%	8,3%		5,5%		10,1%	45,9%
	Técnica		13,0%	8,7%				13,0%	56,5%
Condición de actividad	Ocupada	4,3%	5,3%	8,7%		6,8%		17,4%	48,3%
	Desocupada	16,2%	5,4%	24,3%		2,7%			40,5%
	Inactiva	10,1%	7,4%	8,8%	1,4%	7,4%	0,7%	8,8%	50,7%
Situación de pobreza	Muy pobre	9,1%	9,1%			9,1%			63,6%
	Pobre	10,1%	2,8%	14,7%	0,9%	4,6%		13,8%	49,5%
	No pobre	6,6%	7,4%	8,8%	0,4%	7,4%	0,4%	12,5%	47,4%
Condición de sexualidad	Nunca ha tenido relaciones sexuales	13,8%						6,9%	79,3%
	Sexualmente Activa	13,7%	11,3%	8,9%	1,6%	13,7%	0,8%	13,7%	12,1%
	Sexualmente Inactiva	3,8%	4,2%	12,1%		3,8%		12,6%	63,6%
Fertilidad efectiva	Igual o menos hijos de los deseados	7,5%	7,5%	13,9%	0,7%	7,8%	0,4%	11,7%	42,3%
	Más hijos de los deseados	6,1%	3,7%	1,2%		4,9%		17,1%	58,5%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida

Mujeres que conocen o han oído hablar de enfermedades de transmisión sexual, y enfermedad que conocen

(EN PORCENTAJE)

CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS		Conoce ETS	Enfermedad declarada						
			VIH-SIDA	Sífilis	Gonorrea	VPH	Herpes Vaginal	Infección vaginal	NS/NR
Total		84%	67,6%	9,0%	6,4%	9,3%	2,9%	4,3%	,5%
Departamento	La Paz	80%	67,0%	4,8%	4,3%	16,3%	2,9%	4,3%	,5%
	Cochabamba	86%	70,0%	9,9%	7,6%	3,6%	2,7%	5,8%	,4%
	Santa Cruz	87%	65,9%	12,1%	7,2%	8,5%	3,1%	2,7%	,4%
Lugar de residencia	Ciudad Capital	89%	68,2%	9,5%	5,4%	8,6%	2,7%	5,1%	,5%
	Ciudad Intermedia	78%	66,7%	8,1%	8,1%	10,6%	3,3%	2,8%	,4%
Grupo de edad	15 a 19 años	86%	76,6%	7,5%	4,7%	7,5%		2,8%	,9%
	20 a 25 años	86%	67,5%	5,8%	9,2%	4,2%	8,3%	4,2%	,8%
	26 a 35 años	93%	66,3%	11,2%	5,9%	8,0%	2,7%	5,3%	,5%
	36 a 50 años	83%	67,8%	9,3%	5,5%	12,6%	1,6%	3,3%	
	51 a 60 años	64%	55,2%	10,3%	8,6%	17,2%	1,7%	6,9%	
Condición de sexualidad	Nunca ha tenido relaciones sexuales	89%	77,7%	4,5%	6,3%	6,3%	,9%	4,5%	
	Sexualmente Activa	89%	65,5%	9,6%	5,6%	8,8%	4,4%	5,2%	,8%
	Sexualmente Inactiva	79%	65,6%	10,2%	7,1%	10,9%	2,4%	3,4%	,3%
Situación Conyugal	Casada o conviente	83%	65,0%	8,7%	6,9%	12,3%	3,2%	4,0%	
	En una relación sentimental	90%	65,5%	9,2%	8,5%	6,3%	4,2%	4,9%	1,4%
	Sin relación sentimental	83%	72,0%	9,3%	4,7%	7,6%	1,7%	4,2%	,4%
Pertenencia a pueblos indígenas	Indígena	80%	69,4%	8,1%	6,8%	8,1%	2,3%	4,6%	,7%
	No Indígena	89%	66,1%	9,8%	6,0%	10,3%	3,4%	4,0%	,3%
Nivel educativo	Ninguno	11%	100,0%						
	Primaria	59%	70,0%	4,3%	4,3%	17,1%	1,4%	2,9%	
	Secundaria	87%	72,0%	6,8%	6,8%	8,8%	2,8%	2,3%	,6%
	Superior	98%	60,6%	13,6%	6,1%	7,6%	3,0%	8,6%	,5%
	Técnica	94%	54,8%	16,1%	9,7%	9,7%	6,5%	3,2%	
Condición de actividad	Ocupada	85%	64,6%	10,3%	6,4%	11,9%	1,6%	4,8%	,3%
	Desocupada	92%	69,6%	7,1%	5,4%	8,9%	3,6%	5,4%	
	Inactiva	82%	70,5%	8,0%	6,6%	6,6%	4,2%	3,5%	,7%
Situación de pobreza	Muy pobre	43%	55,6%	22,2%		11,1%		11,1%	
	Pobre	75%	68,2%	10,0%	7,6%	8,2%	2,4%	2,9%	,6%
	No pobre	90%	67,6%	8,4%	6,1%	9,7%	3,2%	4,6%	,4%

Fuente: Encuesta sobre las necesidades de salud, de las mujeres a lo largo de las diferentes etapas de su vida