¿ANTICONCEPCIÓN: FUNDAMENTO PARA EL DESARROLLO DE LOS PUEBLOS?

Autores:

Dr. Eduardo Durán Fernando Edgar (1); Dra. Ponce Fuentes Fabiola.(2)

(1) Magister en Salud Pública, Especialista en Salud Pública, Doctorante en Salud Pública, Docente Titular y Jefe de Cátedra de Asignatura Medicina Social y Monitor Internado en Salud Pública SSRO Facultad de Medicina UMRPSFXCH, Presidente Célula de Docentes de Medicina, Miembro Titular Sociedad Médica Científica de Salud Pública.

(2) Diplomada en Salud Pública, Diplomada en Educación Superior, Jefe de Seguros Públicos de Salud Hospital Universitario San Francisco Xavier.

Recepción: 14/septiembre/2012

Aceptación: 4/diciembre/2012

RESUMEN.-

La Salud Sexual y Reproductiva a nivel mundial ha sido motivo de realización de Convenciones Mundiales, el crecimiento de la población especialmente de países subdesarrollados fue una preocupación, proponiendo la reducción de tasas de natalidad y fertilidad de forma urgente y agresiva en búsqueda del desarrollo. ¿Dónde está el desarrollo que se buscaba lograr?, el resultado y realidad es otra, las inequidades e injusticias en salud continúan.

Bolivia pese al esfuerzo de políticas para reducir la morbi-mortalidad y priorizar la Salud Sexual Reproductiva, otorgando Anticonceptivos Modernos en forma gratuita, aún existe desigualdad e inequidad en su acceso, presumiendo la existencia de otros obstáculos que limitan su empleo.

El "Bono Juana Azurduy de Padilla" nueva política incentiva económicamente por control prenatal y de niño sano, pareciese que tenga un importante impacto a contracorriente del Plan Nacional de Anticoncepción. Según la ENDSA, existe una tendencia a disminuir la TGF e incrementar el uso de anticonceptivos; sin embargo existen lugares donde la TGF y tasa de mortalidad materno-infantil permanecen elevadas. Y es que el problema de anticoncepción en pueblos indígenas y postergados va más allá siendo la información falsa, desconfianza, y mal tratamiento una realidad.

PALABRAS CLAVE:

Anticoncepción, Políticas, Pobreza, Desigualdad, Inequidad.

SUMMARY

Thesexual and reproductive health world wide has been a matter of making World Conventions, population grow the specially in developing countries was a concern, proposing reducing birthrates and fertility urgently and aggressive lypursuing development. ¿Where is the development that sought to achieve? there sultandrealityis another, inequities and injustices in health persist.

Bolivia despite the efforts of policies to reduce morbidity and mortality and prioritize Sexual Reproductive Health, providing modern contraceptives for free, there is stilline quality and inequityin access, assuming the existence of other barriers that limit their use.

The "Bono Juana Padilla Azurduy" new policyencourages economically prenatal and well-child, seem to have an important impact of the National Counter Contraception. According to ENDSA, there is a tendency to decrease TGF and increase contraceptive use; however, there are places where the TGF and maternal mortality rate and infantremain elevated. Andis that the problem of contraception in indigeno usand goes be yond being post ponedmis information, mistrust, and mistreatmenta reality.

KEYWORDS:

Psychoneurotic, sociopathic, depersonalizing, pre-objectal countertransference.

1. Introducción

Veinte años atrás en todo el mundo se incrementó la preocupación por la Salud Sexual y Reproductiva (SSR), realizándose Convenciones Mundiales para abordar este tema. En la década de los 60 los gobiernos de países como Estados Unidos y Suecia temerosos de la creciente escasez de suministros alimentarios, la posible perturbación civil y emigración a través de sus fronteras, instituyeron programas de ayuda en gran escala, de modo que los países desarrollados volcaron su interés hacia el crecimiento de la población especialmente de los países subdesarrollados, declarando que el control de ésta era una “necesidad para el desarrollo”¹.

En los años 80 los defensores de los derechos de las mujeres comenzaron a cuestionar las políticas de población existentes. Es en Nairobi (Kenia) que las feministas del mundo comenzaron a criticar los esfuerzos nacionales por alcanzar metas demográficas, con poca consideración a su salud y derechos¹.

En la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo (CIPD) llevada a cabo en El Cairo (1994) se partió de la conciencia emergente de que la población, el medio ambiente, el desarrollo económico y el desarrollo sostenible están vinculados entre sí, los organizadores de las Naciones Unidas subrayaron el papel vital de las políticas de población para paliar la pobreza, detener el deterioro ambiental, mejorar la salud, la educación y empoderar a las mujeres para que participen plenamente en sus sociedades². En ésta se adoptó el enfoque de Salud Sexual y Reproductiva el mismo que se refiere a los derechos humanos y responsabilidades, abordando la sexualidad y la reproducción como opciones y oportunidades, además de enfatizar en el consentimiento informado.

Las políticas de salud en Bolivia, siguiendo las normas establecidas por la Organización de Naciones Unidas (ONU), priorizan la salud materna e infantil por ser un problema de gran preocupación, por las altas tasas de mortalidad infantil y materna, así como por el nivel de pobreza existente. De este modo nacen a nivel nacional los seguros de carácter gratuito. Bolivia lleva varios años realizando actividades en el tema de planificación familiar y anticoncepción, ya que en cada una de las Conferencias y Convenciones llevadas a cabo se elaboraron planes y programas de acción a los que Bolivia se adhirió por ser parte de los estados participantes³.

Es a partir del 31 de diciembre de 1998 que el Seguro Básico de Salud (SBS) inicia formalmente sus servicios sin costo alguno brindando atención integral al menor de 5 años, a la mujer y al recién nacido, mediante 75 prestaciones de carácter promocional, preventivo y curativo, orientadas a reducir la mortalidad infantil y materna fundamentalmente. Entre éstas se incluía la orientación y acceso a los métodos de anticoncepción (tales como el dispositivo intrauterino, anticonceptivos hormonales y de barrera)³.

Actualmente el Seguro Universal Materno Infantil SUMI (en reemplazo del anterior) amplió sus prestaciones a 480, de las cuales 140 son de beneficio para la mujer, 90 para el recién nacido, 196 para el menor de cinco años y 40 son odontológicas para madre y niño, así también se continúa brindando la diversidad de métodos anticonceptivos como parte de sus prestaciones^{3, 4}.

Pese al esfuerzo gubernamental en la puesta en marcha de políticas encaminadas a reducir la morbimortalidad de mujeres y niños, así como priorizar la Salud Sexual Reproductiva y Anticoncepción otorgando anticonceptivos modernos en forma gratuita, superándose de esta manera la barrera económica que anteriormente restringían su uso, hoy en día no todos los municipios y sus pobladores acceden a ellos, existiendo desigualdad e inequidad, se presume que existen otro tipo de obstáculos, aún no estudiados que limitan su empleo que deben ser explorados.

Asimismo la incorporación de una nueva ley que brinda un bono económico para las mujeres y niños “Bono Juana Azurduy de Padilla” por cada control prenatal, vacunación y control del niño hasta su primer año de vida⁵, pareciese que tenga un importante impacto a contracorriente en el Plan Nacional de Anticoncepción y Salud Pública a nivel nacional.

Métodos.

La búsqueda del sustento bibliográfico de este artículo de revisión sistemática fue realizada en diferentes instancias como ser Instituta Nacional de Estadística, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Plan Nacional de Anticoncepción.

Se utilizó la web a través de los motores de búsqueda y la aplicación de operadores booleanos y tips para especificar mejor el tema a indagar, se accedió a Lilacs, Cochrane, Medline, Scielo y Pubmed.

Resultados

A principios de la década de 1960 los gobiernos de los países desarrollados entre ellos Estados Unidos y Suecia, instituyeron programas de ayuda a la población en gran escala, cuyo objetivo fue esencialmente analizar el rápido crecimiento de la población, enmarcándolo como asunto de seguridad nacional por el temor a la creciente escasez de suministros alimentarios, perturbación civil y migración a través de las fronteras 2.

En 1974 los gobiernos que asistían a la 1ª Conferencia Mundial sobre Población en Bucarest, adoptaron un Plan de Acción Mundial de Población que trazó estrategias para abordar las presiones globales de la población, esta se caracterizó por un choque de culturas entre los países desarrollados del Hemisferio Norte declarando que el control de población se constituía en una necesidad para el desarrollo, y los países en vías de desarrollo del Hemisferio Sur respondían que el Desarrollo era el “mejor anticonceptivo”. La 2ª Conferencia Mundial celebrada en 1984 en la Ciudad de México, adoptó recomendaciones adicionales al anterior Plan, pero en los años transcurridos entre Bucarest y Ciudad de México el debate se invirtió, el Sur abogaba por mayores programas de planificación familiar para acelerar el desarrollo y los Estados Unidos declaraba que el crecimiento de la población era un factor “neutro” en el desarrollo económico 2.

Durante la década de los 80 simultáneamente con el crecimiento del debate sobre los derechos de las mujeres en general, sus defensores comenzaron a cuestionar las políticas de población existentes. En 1987 se realizó la 1ª Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo, en 1990 se llevó a cabo la Cumbre Mundial a favor de la Infancia en New York (USA), ambos eventos manifestaron también la preocupación mundial sobre este tema 3.

En septiembre de 1994 en El Cairo – Egipto, todos los planteamientos previos sobre población cambiaron para siempre. En un consenso histórico, 180 países se reunieron para la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), forjaron un Proyecto para la Estabilización de la Población, la que por primera vez avanzó más allá de la planificación familiar y fue considerada en el contexto del desarrollo sostenible 2.

Los participantes asumieron una serie de compromisos orientados a mejorar las condiciones de vida de la población en general, superando las

ancestrales inequidades entre países desarrollados y en desarrollo, y al interior de cada uno de ellos, las injusticias económicas, sociales, culturales, políticas y otras que subordinan y excluyen a grandes sectores por su condición de género, generacional, condición económica u opción sexual 3.

Desde entonces los programas de control de la natalidad o de planificación familiar consisten en la adopción de determinadas medidas con el objetivo de controlar el crecimiento de la población. Esta regulación se lleva a cabo en cada país de acuerdo a diferentes factores socioeconómicos, políticos y culturales, por lo que básicamente se puede hablar de dos tipos de políticas de control de la natalidad: las antinatalistas en los países pobres, para limitar el número de nacimientos, y las pronatalistas en los países desarrollados, orientadas a fomentar la elevación de sus bajas tasas de natalidad 6.

¿En donde está el desarrollo que se buscaba lograr?, el resultado y la realidad es otra, las inequidades e injusticias en el mundo y Latinoamérica continúan, la acumulación capitalista, que sólo permiten algunos mecanismos compensatorios pero a su vez deja una estela de inequidades, con consecuencias muy negativas sobre la salud, dada la fuerte determinación económica y sus impensables efectos sanitarios 7.

América Latina sufre de una enorme desigualdad; y Bolivia se encuentra situado como el tercer país más pobre de América Latina, donde 6 de cada 10 bolivianos viven con ingresos por debajo de la línea de pobreza (2 US\$ diarios); con una pobreza moderada que disminuyó del 63,47% (1999) al 60,1% (2007) y una pobreza extrema que bajó del 40,7% (1999) al 37,7% (2007). En Bolivia existen elevados índices de desigualdad: el ingreso medio del 10% más rico de la población es 45 veces mayor que el del 10% más pobre. La pobreza más notoria está en los departamentos de Chuquisaca y Potosí 8.

Las Estadísticas en Bolivia

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), se observa una tendencia a la disminución en la Tasa Global de Fecundidad (TGF), así como el incremento del uso de métodos anticonceptivos, especialmente de los modernos, sin embargo existen lugares donde la TGF y la tasa de mortalidad materno infantil permanecen elevadas, lo que se puede evidenciar en varios de los municipios de Bolivia. Las causas fácilmente prevenibles en menores de 5 años Enfermedades Diarreicas Agudas

(EDAS) Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) como factor que contribuye a la Desnutrición. Por su parte las mujeres fallecen a causa de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio; hemorragia post parto, eclampsia, aborto, infecciones, trauma obstétrico y otras. 9, 10, 11

¿Y es que realmente la anticoncepción puede brindar un impacto en la mejora de la calidad de vida de la población? ¿Se tomaron en cuenta las verdaderas necesidades de la gente de manera consciente? Pues las estadísticas muestran que la TGF en Bolivia varió en el transcurso de los años 1976 y 2001, el Instituto Nacional de Estadística (INE) realiza una comparación entre éstos años, dando como resultado la disminución de esta tasa de 6.5 a 4.4 hijos por mujer; las mujeres afirmaron en la ENDSA de 1998 que el número ideal de hijos es de 2 o 3 por familia, lo cual indica una alta fecundidad respecto a la deseada. Las mayores cifras se dan en mujeres sin instrucción o residentes de municipios de elevada marginación, por ejemplo la TGF en mujeres que tienen instrucción media o superior es de 2.7 hijos y 7.1 en aquellas carentes de la misma 9, 10, 11.

Desde esa perspectiva y el empeño a favor de las políticas expuestas con anterioridad, por parte de los diferentes gobiernos de los países del mundo, ha venido alentado, no sólo pero sí en buena medida, por los enfoques neomalthusianos que han argumentado que la pobreza y el subdesarrollo son consecuencia fundamentalmente del fuerte crecimiento demográfico. Por lo que se percibe y se puede denotar que varios de los programas carecen de un componente de educación sexual o de información sobre las consecuencias de los métodos anticonceptivos en la salud de mujeres y varones.

Referente a la oferta y utilización de métodos de anticoncepción, en el informe preliminar de la ENDSA 2003 realizada en Bolivia para indagar sobre el conocimiento, uso pasado y actual de los métodos de planificación familiar, se preguntó a las entrevistadas si conocían o habían oído hablar de ellos, de modo que se encuestó únicamente a las mujeres que declararon tener conocimiento de algún método anticonceptivo para demorar o evitar un embarazo. Según este informe existe una disminución constante de la TGF, en tanto que el empleo de estos métodos por las mujeres se incrementó considerablemente, entre los años 1989 y 2003 (de 5,7 a 3,8 hijos por mujer). 9

Dentro los anticonceptivos modernos específicos

el más utilizado es el Dispositivo Intrauterino (DIU), seguido de las inyecciones trimestrales que experimentaron un mayor incremento en su uso, la esterilización femenina se mantiene y el uso del condón aumentó. Sin embargo entre los métodos modernos y los tradicionales el Ritmo o Abstinencia Periódica continua siendo el más requerido, siendo leve su disminución entre 1998 y 2003, cuyo porcentaje se redujo de 20% a 19%. 9

La demanda total de planificación familiar satisfecha (mujeres que están utilizando algún método anticonceptivo) es de 72%, sin duda alguna un gran logro para los programas de planificación familiar a nivel nacional, no obstante continúan registrándose valores menores entre las mujeres sin educación, las jóvenes, las residentes en áreas rurales y las que viven en los departamentos de Chuquisaca, Potosí y Oruro. 9

Anticoncepción y el problema del exceso de población, o los excesivos problemas de la población.-

Las políticas llevadas a cabo mundialmente enfrentan ciertas críticas, especialmente sobre las políticas de anticoncepción, señalando que durante décadas se ha insistido primero con las teorías Malthusianas "La población crece en progresión geométrica, mientras los alimentos lo hacen en progresión aritmética", y posteriormente con la campaña de Naciones Unidas sobre la necesidad de disminuir drásticamente la población mundial (en las diferentes cumbres sobre población y medio ambiente), de lo contrario los alimentos y recursos naturales no alcanzarían para alimentarla. Bajo estos argumentos la ONU y muchos países, pero sobre todo organizaciones no gubernamentales han impulsado y exigido la aplicación de políticas antinatalistas, promoviendo la anticoncepción y el aborto como medidas para el control de la población. 12

Con respecto al número de habitantes, frecuentemente se afirma que el responsable mayor de la existencia de la pobreza de los ecosistemas, es el descontrolado crecimiento poblacional. Pareciera que los países del norte y las organizaciones mundiales están entrando en un progresivo pánico con respecto al rápido crecimiento de la población y la creciente conciencia de que los recursos naturales son limitados, que se encuentran en peligro de destruirse y agotarse. Esto llevaría a la terminación de la raza humana y posiblemente de muchas formas de vida existentes. Se afirma que la destrucción del medio ambiente,

escasez de alimentos y crecientes niveles de violencia son resultados de la superpoblación en los países del tercer mundo.

Con esta percepción limitada de la realidad, si se desea reducir la pobreza y por consiguiente incrementar las posibilidades de vida y salud de la población, obviamente las soluciones propuestas se reducirían a trabajar de forma urgente y agresiva en la reducción de las tasas de natalidad y fertilidad. Se considera que ante el serio conflicto que enfrenta la humanidad del incremento progresivo en la demanda de alimentos y la llegada al tope máximo de la capacidad de producción del planeta tierra, la única alternativa es frenar abruptamente el crecimiento poblacional. 13

La democratización progresiva de los países de bajo consumo energético (llamados del tercer mundo) ha ido confrontando las políticas antinatalistas que los países de alto consumo energético (llamados de primer mundo) habían ido desarrollando en muchos sectores poblacionales de los estratos más pobres. Si bien ya no son comunes las acciones de esterilización a grandes sectores femeninos en nuestros países, actualmente se despliegan campañas masivas de Planificación Familiar bajo el nombre de Salud Reproductiva con el objetivo de reducir cuanto antes el rápido crecimiento poblacional en los países de bajo consumo energético. 13

Las políticas basadas en la anticoncepción impulsadas durante años por Naciones Unidas y otros organismos internacionales, están enfrentando al mundo a un problema nuevo y preocupante, cual es el descenso de las tasas de natalidad a niveles inferiores a los necesarios para obtener una generación de recambio, es decir, el nacimiento suficiente de niños que permitan mantener una mano de obra que sustente a la cada vez mayor población de la tercera edad, que vive de un sistema estatal de pensiones y asistencia social. Un reciente informe de Naciones Unidas sobre los efectos del crecimiento de la población en el medio ambiente replantea las posturas tradicionales de este organismo que ponían en pugna el crecimiento poblacional con el cuidado y protección medio ambiental, ya que la escasez de alimentos que se auguró durante décadas no ha ocurrido y, por el contrario, su producción ha aumentado en forma más rápida que la población. 12

La fertilidad – Anticoncepción de acuerdo a etnia y cultura

Incluso, a fin de bajar la tasa de natalidad a toda costa,

a veces se ha recurrido a implementar programas de anticoncepción forzosa sin el consentimiento de las mujeres, recurriendo a la presión o al engaño, lo cual representa una clara vulneración de sus derechos. En este sentido, por ejemplo, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, CLADEM (Tamayo, 1999), denunció en 1999 el Programa de Planificación Familiar del gobierno peruano de Alberto Fujimori por recurrir a la esterilización sin consentimiento, mediante la coacción e incluso la amenaza, de las mujeres de poblaciones rurales e indígenas en extrema pobreza, para cumplir las metas fijadas de reducción de la población. 14

Y es que el problema de la anticoncepción en pueblos indígenas y postergados va más allá de la búsqueda de mejores días de la población, en un estudio que explora la información falsa, desconfianza, y maltrato: planificación familiar en mujeres bolivianas del mercado, se afirma que las normas también hacen la regulación del uso de anticoncepción difícil alcanzar. Una barrera es una suspicacia profunda de la medicina moderna y de los médicos facultativos, que no se consideran como fuentes fiables de información. Se refuerza esta suspicacia cuando la calidad de los servicios médicos es inadecuada. Entre Aymara urbano (etnia de Bolivia), el nivel de aceptabilidad de la mayoría de los métodos modernos de contracepción es bajo. Muchos preferirían utilizar métodos tradicionales, incluso cuando el uso de estos métodos exige considerables sacrificio y riesgo de conflicto con sus socios, embarazos indeseados, y recurso al aborto inseguro. 15

En otro estudio la TGF para las mujeres indígenas y no indígenas era 4.3 y 3.1, respectivamente. El índice de fertilidad querido para las mujeres indígenas era casi igual que para las mujeres no indígenas (2.7 y 2.6, respectivamente); virtualmente toda la diferencia étnica en la TGF era atribuible a la diferencia étnica en fertilidad indeseada. La proporción de mujeres necesitando la contracepción era mayor entre mujeres indígenas que entre mujeres no Indígenas (el 26% contra el 19%). En análisis las preferencias masculinas de la fertilidad explicaron solamente una pequeña parte de la diferencia étnica en uso anticonceptivo. Las preferencias de los pares contribuyen solamente marginal a la fertilidad indeseada, sugiriendo que los factores estructurales actúan como obstáculos a prevenir fertilidad indeseada 16. Y es que a pesar de varios estudios y variables utilizadas todavía sigue

habiendo una cantidad determinada de variación inexplicada en el estudio de anticoncepción de pueblos originarios e indígenas desde el punto de vista individual, indicando la necesidad de incorporar un análisis más detallado en el nivel de comunidad.
17

2. Discusión

A partir de los años 60, los países del llamado primer mundo, formularon teorías explicativas de causas determinantes de la explosión demográfica y consiguiente escasez mundial de alimentos, por lo que decidieron aplicar medidas preventivas destinadas a disminuir las migraciones provenientes de países “subdesarrollados”, así como los efectos de conflictos civiles.

Con este fin organizaron conferencias internacionales en las cuales propiciaron políticas destinadas a frenar el crecimiento poblacional, con la idea de que sólo de este modo se aseguraría el “desarrollo” social. Bolivia como país miembro de las Naciones Unidas aceptó esta concepción con carácter de doctrina para alcanzar objetivos de desarrollo, por lo que se adhiere a las estrategias comunes que sustentan las políticas nacionales en materia de salud reproductiva, dentro el marco de la Atención Primaria de Salud, y Promoción de la Salud.

Al cabo de varios años, las estadísticas demuestran que las grandes mayorías continúan tan pobres como antes, los informes del PNUD indican que Bolivia es uno de los países con menor IDH del mundo, y que sólo algunos municipios mejoraron, en tanto la mayor parte se encuentran igual y otros empeoraron. Por ejemplo Potosí y Chuquisaca son los departamentos más deprimidos, ya que el 80% de su población es pobre.

Más allá de las estadísticas se puede observar que fácilmente la situación se hace intolerable año tras año, lo que demanda una seria reflexión de toda la población mundial, especialmente de aquellos que ostentan el poder económico; resulta paradójico que mientras se invierten miles de dólares tratando de implementar su Estrategia para “lograr el desarrollo”, la brecha entre ricos y pobres se acrecienta cada vez más.

La crisis económica ha castigado con mayor fuerza el área rural del país donde las condiciones de vida en muchos casos son paupérrimas. En el pasado la concentración poblacional en el área rural era

considerablemente mayor a la del área urbana, en tanto que en los últimos años la pobreza ha ocasionado un fenómeno migratorio importante que ha invertido esta concentración, siendo que las ciudades están mejor atendidas que las comunidades campesinas. Desde todo punto de vista, existe un abandono masivo de sus lugares de origen con destino a un ambiente nuevo aunque hostil en varios aspectos: social, cultural, político y económico.

Las políticas de salud que fueron implantadas con el fin de buscar el desarrollo, dieron lugar a la creación de seguros gratuitos que cubrían las necesidades de los menores de 5 años y de las mujeres. En la actualidad el seguro vigente es el SUMI, que cubre mayor número de prestaciones que sus antecesores, fue implementado como parte de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza.

La realidad es otra, fácilmente se puede observar que los seguros de salud adolecen de varias falencias, desde la carencia de insumos y recursos humanos, hasta la infraestructura insuficiente con número limitado de postas sanitarias (no acordes con las normas dictadas por la Organización Mundial de Salud OMS). Por otra parte las distancias considerables entre los puntos de salud y las comunidades determinan la dificultad del acceso; las normas de visitas a los pacientes internados son inadecuadas (restringiendo la presencia de los familiares a horarios reducidos) e incluso el sexo de los funcionarios de salud porque las mujeres del lugar prefieren ser atendidas por otra mujer. A éstas falencias se añaden otras como la incomprensión de la cultura indígena y su cosmovisión, la falta de relaciones interpersonales y la calidad de trato a los pacientes, todos estos factores ahuyentan en gran medida la demanda campesina de servicios médicos por lo que prefieren ser atendidos por el curandero o Jampiri.

Las políticas actuales de salud rediseñaron la prestación de servicios sanitarios para facilitar su accesibilidad a la población en general, buscando la “reducción” de tasas de mortalidad materno infantil, sin embargo en el área rural, la mortalidad infantil no sólo se mantuvo sino que en algunos casos se incrementó, lo que llama la atención. Asimismo políticas como el Bono Juana Azurduy de Padilla, que brinda incentivo por cada atención en control prenatal, control de niño sano y vacunación, pareciese que va en contracorriente de los programas de Salud Sexual y Reproductiva, ya que para algunos críticos de políticas esto significa no solo promover que las personas asistan al control

en los establecimientos de salud, sino también una manera de incrementar el número de hijos por mujer, y es que también hay que notar no solo es el tema económico, sino también género-generacional, el Plan Nacional de Anticoncepción con una estrategia de género sensitiva busca la participación del total de la población indígena en los servicios de salud e indica que ésta población está sumergida en una cultura dominada por el varón, tema pendiente hasta ahora.

3. Conclusión

Por tanto la primera conclusión en esta coyuntura es buscar la superación de los municipios mediante políticas adecuadas y acordes a su realidad, en temas económicos, sociales y culturales, como en medios necesarios para ejecutar proyectos sostenibles que les permita vivir dignamente como es el derecho de todo ser humano.

La naturaleza multiétnica y pluricultural de nuestro país obliga a emprender estrategias coherentes con estas características y no aplicar las prefabricadas ajenas a nuestra realidad sino todo lo contrario, identificando las necesidades y requerimientos nacionales, formulando en base a ellos planes, programas, proyectos pertinentes que busquen cubrir y satisfacer las demandas de la población, mismos que deben ser financiados con fondos del Tesoro General de la Nación dando prioridad a la salud y educación boliviana, siendo ambos factores fundamentales para el desarrollo de un país.

Para reducir la mortalidad infantil no basta únicamente con ampliar la cobertura de los seguros gratuitos de salud y otras políticas subvencionistas, lo que se debe hacer es buscar mecanismos para la superación holística de la pobreza, que es la verdadera causante de la morbi-mortalidad, por lo cual se deben tomar medidas urgentes sobre este tema para evitar que incluso la población se vea en la terrible situación de sacrificar a sus propios hijos para lograr la subsistencia de su familia.

La equidad de género en la cultura es también otro rasgo importante, donde no sólo debe decidir el varón sino también la mujer, razón suficiente para pensar también en crear mecanismos de participación del sector masculino en las orientaciones sobre el uso de métodos anticonceptivos, desarrollando su conciencia y responsabilidad con respecto a su salud reproductiva donde hombre y mujer puedan tener

claros conocimientos del tema, participando en forma activa y en pareja; orientación que debe ser adecuada para el logro de los resultados esperados, lo cual debe ser tomado en cuenta por las políticas de salud. Es de vital importancia reconocer el derecho de cada persona a elegir si desea o no utilizar un determinado anticonceptivo y que esto no sea una imposición, pese a los planes y programas que un país o región pueda tener en el tema, recordando que cada persona y/o pareja están en el derecho de elegir cuándo y cuántos hijos tener, así como de conocer los medios y mecanismos para tomar libremente esta decisión, sin estar presionados por políticas o condiciones económicas que afecten la posibilidad de procrear y formar a sus hijos. Finalmente el desarrollo debe ser entendido de manera integral de la persona y de los pueblos, y como profesionales de Salud Pública esta debe de convertirse en una más de nuestra vocación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud y Deportes, Dirección Nacional de Desarrollo de Servicios de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Plan Nacional de Anticoncepción 2004 – 2008. La Paz, Bolivia 2004.
2. The Centre for Development and Population Activities. Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) Género Salud Reproductiva y defensa y promoción Manual de Capacitación. Washington, DC 2000.
3. Ministerio de Salud y Deportes, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004 – 2008. La Paz, Bolivia 2004.
4. Ministerio de Salud y Deportes, Seguro Universal Materno Infantil Plan Bolivia. Implementación del Modelo de Gestión, Redes de Salud, DILOS, SUMI, y SNUS. La Paz, Bolivia 2003.
5. República de Bolivia, Ministerio de Hacienda, Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Desarrollo Sostenible Bolivia: Niveles, Tendencias y Diferenciales de la Fecundidad. <http://www.ine.gov.bo/PDF/Fecundidad/Fecundidad0.pdf>
La Paz, Bolivia Septiembre de 2003.
Consultado Junio 27, 2011.
6. Pública United Nations International Children's Emergency Fund UNICEF (Fondo

- Internacional de las Naciones Unidas de Auxilio a la Infancia). *Mortalidad Materna: Un problema de Salud y Derechos Humanos*. Buenos Aires Argentina 2003.
7. Franco A. "Globalizar la Salud" *Gaceta Sanitaria*, Barcelona España, Abril 2003
  8. Maydana E, Serral G. y Borrell C: *Desigualdades socioeconómicas y mortalidad infantil en Bolivia*. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v25n5/04.pdf>. Consultado Marzo 13, 2012.
  9. Instituto Nacional de Estadística (INE); Ministerio de Salud y Deportes (MSD). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 (ENDSA)*. Bolivia 2004.
  10. Instituto Nacional de Estadística (INE); Ministerio de Salud y Deportes (MSD). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1998 (ENDSA)*. Bolivia 1999.
  11. Instituto Nacional de Estadística (INE); Ministerio de Salud y Deportes (MSD). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1994 (ENDSA)*. Bolivia 1995.
  12. Fundación Chile Unido. ONU: *Antecedentes para un cambio de política*. http://www.chileunido.cl/corrientes/docs_corrientes/cdeo51famiilyafe.pdf Febrero de 2010.
  13. José Miguel y Stella de Angulo. *La Salud y la Defensa de la Vida; Un análisis de los componentes de la propuesta salutogénica sistémica ecológica orientada a la búsqueda de la Salud Integral para todos que va más allá del manejo de patologías. Volumen II de la serie Salud Integral*. Cochabamba, Bolivia 1994.
  14. Miranda J., Yamin A.E. *¿Políticas de salud y salud politizada? Un análisis de las políticas de salud sexual y reproductiva en Perú desde la perspectiva de la ética médica, calidad de atención y derechos humanos*. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24:7-15, jan. 2008. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100002
Consultado Mayo 24, 2012
  15. Schuler SR, Choque ME, Rance S. *Misinformation, mistrust, and mistreatment: family planning among Bolivian market women*. *StudFam Plan* 1994; 25(4):211-21. Jul-Agost 1994 Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7985215?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSupl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7985215?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_SingleItemSupl.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)
Consultado Mayo 24, 2012
  16. University of Texas at Austin, Austin, TX, USA *Wanted and unwanted fertility in Bolivia: does ethnicity matter?* Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20123650>
Consultado Mayo 25, 2012
  17. Calle M, Rodrigues RN, Leite Ida C. [Unmet needs for contraceptive methods in Bolivia, 1998]. *CadSaude Pública*. 2006;22:1989-96. (En Português). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16917596>
Consultado Mayo 30, 2012.
  18. Oficina Sanitaria Panamericana. *Salud para todos en el año 2000: Estrategias*. Declaración de Alma Ata. Washington: OPS; 1980.
  19. Organización Mundial de la Salud. *Carta de Ottawa (Canadá)*. 1ª. Conferencia internacional de promoción de la salud. Ontario: OMS; 1986.
  20. *Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia "Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural"* Estado Plurinacional de Bolivia; Disponible en: http://www.sns.gov.bo/direcciones/seguros/documentos/DECRETO_SUPREMO_No29601.pdf
  20. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. "Funciones Esenciales de Salud Pública". 52a Sesión del Comité Regional, Washington, D.C., Septiembre de 2000.
  21. Instituto Interamericano de Derechos Humanos Organización Panamericana de La Salud. "Medicina indígena tradicional y medicina convencional" San José - Costa Rica junio de 2006.
  22. Organización Mundial de la Salud Ginebra, "Estrategias de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005".