

Salud sexual, salud reproductiva y derechos en tiempos del COVID-19

Sexual and reproductive health and rights in times of COVID-19

María Dolores Castro,¹ Alberto De La Galvez Murillo² y Cristina Rentería³

Resumen

El COVID-19 afectará los sistemas de salud y se esperan peores impactos en los países que experimentan fragilidad del sistema sanitario y que tienen indicadores preocupantes, como la alta tasa de mortalidad materna y contextos de desigualdad social, como es el caso de Bolivia. Las afectaciones en el derecho a la salud y en todas las esferas de los derechos humanos, entre ellos los derechos sexuales y reproductivos, tienen impactos más acentuados y terminan afectando de forma diferenciada a las personas en situación de vulnerabilidad. Este artículo aborda la salud sexual y reproductiva en tiempos del COVID-19 y coloca en cuestión el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, al esperarse un incremento de la mortalidad materna y neonatal, de las necesidades insatisfechas de planificación familiar, del embarazo intencional en adolescentes, del número de abortos en condiciones de riesgo, de la frecuencia y la intensidad de la violencia sexual y doméstica en los hogares, poniendo en riesgo la vida y el bienestar de mujeres, niños y niñas. Dados los múltiples efectos, sostenemos que las decisiones para atender esta pandemia tendrán que, necesariamente, abordar un conjunto de medidas integrales, más allá de las preocupaciones en materia de medicina y de salud pública.

- 1 María Dolores Castro es antropóloga y coordinadora del Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal del Postgrado en Ciencias del Desarrollo-Universidad Mayor de San Andrés (CIDES-UMSA).
- 2 Alberto De La Galvez Murillo es médico, salubrista, ginecólogo e integrante del Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal (CIDES-UMSA).
- 3 Cristina Rentería es médica, salubrista, ginecóloga, integrante del Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal (CIDES-UMSA).

Palabras clave: Pandemia, derechos, salud sexual y reproductiva, Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Summary

COVID-19 will affect health systems, and worse impacts are expected in countries that experience fragility on their health systems and have worrying indicators such as high maternal mortality rates and contexts of social inequality, such as the case of Bolivia. Impacts on the right to health and all areas of human rights, including sexual and reproductive rights, have more accentuated impacts and end up affecting in a differentiated way people in a situation of vulnerability. This article addresses sexual and reproductive health in times of COVID-19 and questions the fulfillment of the Sustainable Development Goals, by expecting an increase in maternal and neonatal mortality, unsatisfied needs with family planning, intentional teen pregnancy, number of unsafe abortions, frequency and intensity of sexual and domestic violence, putting at risk the life and well-being of women, boys and girls. Given the multiple effects, we hold that decisions to attend this pandemic will necessarily have to address a set of comprehensive measures beyond medical and public health concerns.

Keywords: *Pandemic, rights, sexual and reproductive health, Development Sustainable Goals.*

Introducción

Este artículo aborda la situación de la salud sexual y reproductiva en tiempos del COVID-19 y coloca en cuestión el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), al esperarse un incremento de la mortalidad materna y neonatal, de las necesidades insatisfechas de planificación familiar, del embarazo intencional en adolescentes, del número de abortos en condiciones de riesgo, de la frecuencia y la intensidad de la violencia sexual y doméstica en los hogares, poniendo en riesgo la vida y el bienestar de mujeres, niños y niñas. Dados los múltiples efectos, sostenemos que las decisiones para atender la pandemia tendrán que, necesariamente, tratar un conjunto de medidas integrales, más allá de las preocupaciones en materia de medicina y de pública.

El texto está dividido en tres partes. La primera coloca en discusión los derechos sexuales y reproductivos en tiempos del COVID-19, como también los retos para el cumplimiento de los ODS. La segunda parte es

una reflexión desde la perspectiva sanitaria y la importancia de la articulación entre salud pública y medicina. En la tercera nos animamos a presentar recomendaciones, aun a sabiendas de que el contexto generado por la actual pandemia es tan dinámico que todas las afirmaciones acerca de los efectos, al menos en salud, pueden variar de un día para otro. Por esta razón, asimismo, la mayoría de las referencias bibliográficas están actualizadas a la fecha de consulta y aportan con el análisis sobre la base de las últimas evidencias.⁴

Para el Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal, plataforma que es parte del Postgrado en Ciencias del Desarrollo-Universidad Mayor de San Andrés (CIDES-UMSA), es fundamental hacer énfasis en que las propuestas y las estrategias, además de estar respaldadas con evidencias, se enmarquen en un *enfoque de derechos humanos*, mismos que ya establecen importantes rutas a seguir para garantizar el derecho de todas las personas a la preservación de la salud con medidas sanitarias y sociales, acceso equitativo al bienestar, protección social y trabajo, además del derecho a la vida y a una vida digna, como lo establece el documento de la Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad (SARE por su nombre en inglés) de la Organización de Estados Americanos (OEA): *Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante el Covid-19 en las América* (SARE-OEA, 2020).

Derechos sexuales y reproductivos, y retos para el cumplimiento de los ODS

El COVID-19, enfermedad respiratoria infectocontagiosa causada por el virus SARS-COV-2, fue detectado por primera vez en la provincia Wuhan, en China, en diciembre de 2019. En cuestión de meses se propagó al resto del mundo. En virtud a la magnitud de la expansión del contagio, que aún continua, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declaró pandemia el 11 de marzo de 2020 (SARE-OEA, 2020).

4 Agradecemos la revisión y corrección de Ayza Mendizábal, comunicadora del Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal (CIDES-UMSA).

Diversos organismos y Gobiernos en el mundo han manifestado que esta pandemia es la crisis más importante que ha enfrentado el mundo en los últimos tiempos. En América Latina, particularmente, esta pandemia llega en momentos de crisis políticas, sociales y económicas, y ha puesto a prueba a los diferentes Gobiernos que, a pesar de sus diferentes medidas de contención y de mitigación, han develado, casi todos, debilidades en sus sistemas de salud pública y de protección social; igualmente, en algunos países, se han avivado las tensiones y los conflictos políticos.

Los costos y los efectos para nuestros países son todavía impredecibles por la propia dinámica cambiante de la pandemia, la incertidumbre y la relativa efectividad de las decisiones para enfrentarla. Se evidencian los impactos en los ámbitos social (aumento en la tasa de desempleo, incremento de personas pobres y en extrema pobreza), económico (contracción del producto interno bruto) y político (tensión social, autoritarismo, políticas coyunturales poco efectivas). Dichos impactos afectan directa e indirectamente a cientos de miles de personas, al margen de los problemas físicos y psicológicos que la enfermedad está implicando para las vidas de todas y todos.

En países marcados por la *desigualdad*, las afectaciones en el derecho a la salud, y en todas las esferas de los derechos humanos, tienen impactos más acentuados y terminan afectando de forma diferenciada a las personas en situación de vulnerabilidad (SARE-OEA, 2020). Es decir, las consecuencias de las decisiones para atender la pandemia tendrán que abordar, inevitablemente, un conjunto de medidas integrales, más allá de las preocupaciones en materia de medicina y de salud pública. Lo que nos está mostrando la situación que vivimos es que no hay una única solución.

Con relación a la salud, hay que considerar que los costos asociados son un elemento importante para que individuos, hogares y comunidades reciban protección y tratamiento. Además, los determinantes subyacentes de la salud, como la desigualdad, la discriminación, la pobreza y el acceso a otros derechos, entre ellos los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a una vivienda adecuada, el derecho a agua y a saneamiento, también son razones importantes por las que la vida de millones de personas está en riesgo (Bohoslavsky, 2020).

Los siguientes análisis recientes sobre Bolivia, elaborados por investigadores y epidemiólogos, muestran que el país, además de la precariedad de su sistema de salud y de las altas tasas de morbimortalidad materna e infantil, no cuenta con una capacidad hospitalaria adecuada ni con recursos humanos suficientes y preparados para enfrentar la pandemia.

Así lo señalan Gutiérrez y Paz (2020), cuyas conclusiones de su investigación sobre las unidades de terapia intensiva son preocupantes:

Las Unidades de Terapia Intensiva de Bolivia no están preparadas para la asistencia sanitaria de pacientes críticos con COVID-19 por déficit en recursos humanos, infraestructura, equipamiento, insumos y medicamentos; pero principalmente por la falta de equipos de protección personal que permitan brindar seguridad al personal de salud para sostener la contingencia sanitaria.

Otro estudio, realizado por Birbuet y López (2020), confirma que el primer cuello de botella en Bolivia es la capacidad de las unidades de terapia intensiva, ya que el sistema podría colapsar si se llegara a tener más de cinco mil enfermos. Sin embargo, es evidente que, además de medir la capacidad del sistema de salud en número de camas de internación en terapia intensiva o en la disponibilidad de respiradores artificiales, debe tenerse en cuenta que una limitante del sistema de salud nacional es la reducida cantidad de personal médico calificado para atender a los pacientes que requieran terapia intensiva (*Ídem*).

Es indudable que el COVID-19 afectará aún más los sistemas de salud, con peores impactos en los países que experimentan fragilidad de su sistema sanitario y que tienen indicadores preocupantes, como altas tasas de mortalidad materna. De igual manera, los brotes comunitarios de COVID-19 en lugares de difícil acceso, donde los servicios de salud no existen o son frecuentemente limitados en recursos humanos y materiales, con poca capacidad de respuesta, representan una situación epidemiológica compleja, exigente y sin precedentes para la respuesta sanitaria, como lo es la situación de comunidades indígenas y afrodescendientes (Cotachi, 2020).

Respecto a la salud sexual y reproductiva, lecciones aprendidas de otras epidemias a nivel mundial, como el Ébola y el Zika, así como de crisis humanitarias causadas por desastres naturales (inundaciones,

terremotos, incendios), han mostrado que la salud y los derechos sexuales y reproductivos se convierten en un importante problema de salud pública que requiere una atención particular durante estas crisis, puesto que los principales impactos se expresan en el alza de la mortalidad materna y neonatal, el incremento de los embarazos no deseados, el aumento del aborto inseguro y el escalamiento de la violencia sexual, basada en el género, así como las propagaciones de las infecciones de transmisión sexual/virus de inmunodeficiencia humana, entre otras (Camacho, 2020). Tales problemáticas afectan en mayor grado a las poblaciones vulnerables: mujeres, niñas, adolescentes, migrantes, indígenas, afrodescendientes, población GLBTIQ (gais, lesbianas, bisexuales, transgénero, intersexuales y *queer*), y personas con discapacidad, entre otras.

Diferentes organizaciones nacionales e internacionales que trabajan por los derechos de las mujeres, las adolescentes y las niñas alertan sobre la importancia de prestar atención a su salud sexual y reproductiva. El Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal se suma a estas alertas, aportando con reflexiones, análisis y recomendaciones adecuadas al país. En ese sentido, junto a la Mesa Nacional de Maternidad y Nacimientos Seguros, se ha trabajado para la construcción de una ruta crítica de atención a las mujeres embarazadas con COVID-19 y en un Plan de Contingencia, en coordinación con el Ministerio de Salud y también con la Mesa ya citada.

Asimismo, el Observatorio se acoge a los mensajes clave para la salud sexual y reproductiva emitidos por varias organizaciones internacionales, canalizados por la Federación Internacional para la Planificación Familiar (IPPF por su nombre en inglés). Esos mensajes son:

- La SRH [salud sexual y reproductiva] y lo derechos son esenciales para la igualdad de género y el bienestar de las mujeres, y la salud de madres, recién nacidos, niños y jóvenes.
- El acceso a servicios de SRH esenciales y que salvan vidas es un derecho humano.
- La prestación de servicios de SRH es esencial y debe asegurarse a las mujeres y niñas, como así también a las poblaciones más pobres y vulnerables, incluso aún más en un contexto de pandemia (IPPF, 2020: 4).

Metas de los ODS para la salud sexual y reproductiva, y para la igualdad de género

La pandemia coloca en la discusión el cumplimiento de los ODS en general y en particular de aquellos relacionados con las metas para *salud materna* (ODS 3) y para la *igualdad de las mujeres* (ODS 5). La situación de la salud sexual y reproductiva en el país, tanto antepandemia como pospandemia, lleva a afirmar que es poco probable que esas metas se lleguen a cumplir, sobre todo tomando en cuenta que la pobreza y la inestabilidad política serán marcadores decisivos en los próximos años.

Los Estados, entre ellos Bolivia, se han comprometido a lograr “cobertura sanitaria universal y acceso a atención médica de calidad” para el 2030. Más específicamente, el objetivo 3.8 de los ODS exige lograr una cobertura sanitaria universal, en términos de protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y a vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todas y todos (Bohoslavsky, 2020).

La Agenda 2030 establece un marco global y de aplicación universal que incluye el crecimiento económico sostenido e inclusivo, el desarrollo social y la protección del medio ambiente como dimensiones interdependientes para todas las personas.

Respecto a la salud, 17 de las 169 metas de los ODS guardan relación directa con la mejora de la salud de las mujeres, las niñas, los niños, las adolescentes y los adolescentes. Cabe destacar que tanto el ODS 3, sobre salud, como el ODS 5, sobre igualdad de género y empoderamiento de las mujeres y de las niñas, incluyen metas en materia de salud sexual y reproductiva, y de derechos reproductivos. Por ejemplo, la meta 3.7 exige el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, la información y la educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales. La meta 5.6, por otra parte, exige el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, y los derechos reproductivos acordados de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias

de evaluación. Para abordar los retos fundamentales, entre ellos la pobreza, la desigualdad y la violencia contra las mujeres, el empoderamiento de las mujeres es una condición previa a esos objetivos (Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal, 2018).

Como mencionamos en la introducción, esta pandemia y sus consecuencias impactarán en el cumplimiento de estos objetivos. Basta considerar que las medidas de confinamiento están afectando de manera negativa la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (IPPF, 2020). Además, la respuesta de emergencia también implica que los recursos para los servicios de salud sexual y reproductiva pueden ser desviados con el propósito de hacer frente al brote. Esta situación se traducirá en un aumento de la mortalidad materna y neonatal, el incremento en las necesidades insatisfechas de planificación familiar y el mayor número de abortos en condiciones de riesgo y de infecciones de transmisión sexual.

En lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, hay una preocupación en la región por la situación y la continuidad de los servicios que la atienden. De acuerdo con información de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas, algunos países han interrumpido la atención en salud sexual y reproductiva, en otros se mantiene con cierta restricción y en otros existe una continuidad, aunque afectada por los escasos recursos para insumos y tratamientos (Camacho, 2020).

En Bolivia, si bien la situación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres ha mejorado, aunque no de manera significativa, seguimos registrando las cifras más altas en la región en mortalidad materna, embarazo de adolescentes y cáncer de cuello uterino, entre otras. *La Encuesta de Demografía y Salud 2016* (Instituto Nacional de Estadística de Bolivia, 2017) revela los siguientes indicadores:

- La cobertura de control prenatal por personal calificado superó el 90%, siendo el médico el principal proveedor.
- El porcentaje de mujeres que realizó cuatro o más visitas para el control prenatal sobrepasó el 85%. La oportunidad de la primera visita de control prenatal antes del cuarto mes de embarazo también muestra un progreso favorable.

- El porcentaje de partos que ocurrió en un establecimiento de salud fue del 87,7%, atendido por personal calificado en un 89,8%.
- El porcentaje total de partos por cesárea se incrementó de manera llamativa hasta un 33,4%.
- En cuanto a la anticoncepción, el uso de métodos modernos llegaba al 58% de las mujeres no unidas y sexualmente activas; en el caso de las mujeres en unión no alcanzaba al 50%.
- El embarazo en adolescentes de 15 a 19 años era del 14,8%.
- La tasa global de fecundidad era de 2,9 hijos por mujer.

Sin embargo, a pesar de que algunos de esos datos son aparentemente alentadores, la realidad actual muestra que todavía existe una gran brecha por cerrar y, en tiempos de esta pandemia, cerrar la brecha implica una serie de medidas oportunas, eficaces y seguras.

Salud materna

Aunque no hay evidencia actual de los efectos adversos por el COVID-19 en mujeres embarazadas, esto cambian día a día, por tratarse de una enfermedad imprevista. No obstante, ante las débiles condiciones sanitarias, se espera, de acuerdo con la evidencia proveniente de otras pandemias, que la mortalidad materna pueda incrementarse. Así lo ilustra Camacho (2020) al referirse al efecto en la salud sexual y reproductiva que dejó el virus del Ébola, cuando la mortalidad materna se incrementó en un 22% y los embarazos no intencionales hasta un 200%.

Esa situación tiene implicaciones serias para Bolivia si se considera que, según los análisis del Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal (2018), es poco probable que el país cumpla las metas de reducir la razón de mortalidad materna de 160 a 70 muertes para 2030 (*Ídem*) y, más bien, esta podría incrementarse con los efectos de la actual pandemia.

En este momento de la pandemia existe preocupación por el acceso a la atención del parto. Según estimaciones del Observatorio, “si la cobertura de atención de partos en el sistema nacional de salud experimentara una caída de, por ejemplo, 10%, que implicaría alrededor de 20.000 nacimientos

no atendidos en el año que transcurre, esto podría ocasionar entre 25 a 30 muertes maternas y 150 a 200 decesos perinatales adicionales” (De La Galvez Murillo, 2020).

Dos encuentros nacionales de los Comités Departamentales de Estudio de la Mortalidad Materna (2017 y 2018), realizados por el Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal, demostraron la baja cobertura de la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y neonatal. Por tanto, dichos Comités no están funcionando de manera óptima en el análisis de las muertes maternas, especialmente identificando las acciones específicas necesarias para prevenir las y, de esa manera, lograr la reducción importante y sostenida de la razón de mortalidad materna.

Otro factor es el difícil acceso de las mujeres a los servicios de salud, que está restringido porque las que necesitan una atención prenatal u otros servicios de salud sexual y reproductiva, por un lado, desde hace varios años, tienen dificultades de acceso por las distancias o porque esos servicios no existen donde ellas los necesitan y, por otro lado, ante las actuales circunstancias de confinamiento, no pueden trasladarse a los servicios por no estar seguras si corren riesgos de contagio. Las restricciones, además de ocasionar retrasos en los controles, provocan dificultades económicas, burocráticas, de distancia y de falta de transporte para acceder a los servicios.

En ese sentido, “si el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de salud ha sido afectado por las restricciones adoptadas para el control de la pandemia, aumentarán los decesos maternos, de fetos y de recién nacidos, porque dar a luz en domicilio duplica o triplica la probabilidad de muertes maternas y perinatales” (De La Galvez Murillo, 2020).

La *Guía y lineamientos de manejo del COVID-19* del Ministerio de Salud, de abril de 2020,⁵ en un breve acápite sobre embarazo y COVID-19 menciona que, para el caso de Bolivia, estudios anteriores han demostrado que el SARS (2003) durante el embarazo “se asocia con una alta incidencia de complicaciones adversas maternas y neonatales, como aborto espontáneo, parto prematuro, restricción de crecimiento intrauterino, ingreso a la unidad

5 Esta guía está en permanente revisión y actualización; la versión consultada es de abril de 2020.

de cuidados intensivos, falla renal y coagulopatía intravascular diseminada”. Sin embargo, las mujeres embarazadas con infección por COVID-19 presentaron menos complicaciones maternas y neonatales. Si bien esto se basó en un pequeño número de casos, los hallazgos deben ser interpretados con precaución. Las características clínicas reportadas en mujeres embarazadas con COVID-19 son similares a las reportadas para las mujeres no embarazadas y los adultos con infección confirmada por COVID-19, en general (Ministerio de Salud, 2020).

Si bien la guía del Ministerio de Salud es una respuesta importante sobre las medidas sanitarias, no incluye una ruta para la atención de la mujer embarazada ni para otras prestaciones de salud sexual y reproductiva. Recientemente la Mesa Nacional de Maternidad y Nacimientos Seguros elaboró, junto con el Ministerio de Salud, un protocolo o ruta para que pueda ser tomado en cuenta en la próxima guía nacional. Las medidas para el control del COVID-19 deben incluir esfuerzos para segregar de manera apropiada los casos sospechosos, posibles y confirmados de las unidades de atención prenatal y de salud neonatal y materna. Es necesario contar con sistemas de vigilancia y de respuesta para las mujeres en edad reproductiva y para las mujeres embarazadas.

A esa situación se suma que las y los proveedores de salud se encuentran en la primera línea de esfuerzos para combatir y contener los brotes de enfermedades, y con muchas limitaciones, ya que no se cuenta con personal calificado suficiente para las atenciones del embarazo y del parto seguros ni con instalaciones adecuadas para ofrecer atención esencial y de emergencia, y de calidad, las 24 horas de día los siete días de la semana.

Planificación familiar

Con relación a la planificación familiar, se estima que en América Latina por lo menos 18 millones de usuarias y usuarios de anticonceptivos modernos (adquiridos mediante el gasto de bolsillo) discontinuarán su uso por las condiciones de inaccesibilidad generadas por el COVID-19 (Camacho, 2020). Por las mismas razones, estimaciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas plantean que más de 47 millones de mujeres de 114

países, con rentas bajas y medianas, podrían dejar de tener acceso a anti-conceptivos modernos, lo que provocaría siete millones de embarazos no planeados, si es que las medidas de aislamiento continuaran durante seis meses (*Perú21*, 2020).

Respecto a la provisión de insumos de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva, las cadenas de suministros están sometidas a alteraciones como resultado de la respuesta a la pandemia y, por tanto, la disponibilidad se ve afectada. En la actualidad, no se cuenta con información oficial sobre la situación de la distribución y del abastecimiento de insumos de salud sexual y reproductiva en el país. Igualmente, las personas que solicitan servicios de anticoncepción y que requieren, por ejemplo, la continuidad de los métodos anticonceptivos que están utilizando o un nuevo método para evitar un embarazo no deseado, no pueden acceder o tienen limitaciones para movilizarse y hacer la búsqueda.

De acuerdo con entrevistas informales realizadas a prestadores de salud, en algunos seguros sociales de corto plazo la atención de las especialidades ha sido paralizada y solo se atienden emergencias. En los casos en los que no es necesaria la presencia de las mujeres en los establecimientos de salud, es importante la comunicación, lo cual no siempre está ocurriendo, porque las llamadas a números de teléfono asignados en su mayoría no son respondidas. Asimismo, en ocasiones, se ha recurrido a teleconsultas, aunque no es una modalidad usada frecuentemente.

Personal del sistema público de salud consultado refirió que la disponibilidad de atenciones y de horarios de atención es desigual; algunos continúan con 12 horas y otros tienen horarios más restringidos. Todavía se escuchan y se leen mensajes por las redes sociales de médicos y médicas que requieren referir a pacientes por emergencias obstétricas y neonatales, debido a que las capacidades de infraestructura en sus centros han sido rebasadas, razón por la que esas mujeres no siempre son atendidas y, en ocasiones, deben recurrir a establecimientos privados, cuyos costos son altos.

Las y los adolescentes, como también las y los jóvenes, se ven afectados en la actualidad por el cierre de espacios sociales, entre ellos escuelas, centros comunitarios y centros de salud, donde muchos de ellos reciben educación sexual y servicios de salud sexual y reproductiva, al igual que acceden a

métodos anticonceptivos. Como consecuencia de la pandemia, ahora no tienen acceso a los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, y se estima que aproximadamente el 90% de la población estudiantil del mundo se está viendo afectada por esta situación (IPPF, 2020).

Violencia sexual y violencia basada en el género

Otro de los ODS que está siendo afectado es el relacionado con los efectos en las mujeres, dejando en cuestión los temas de igualdad de género y de su empoderamiento. Ciertamente, el COVID-19 está intensificando las desigualdades existentes para las mujeres, las adolescentes y las niñas, y la discriminación de grupos de por sí ya marginados, como los refugiados, las personas con discapacidades y aquellos que sufren de extrema pobreza (IPPF, 2020).

La Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia (FELCV) confirmó que en Bolivia, durante la primera y la segunda fase de la cuarentena debido al coronavirus, se registraron 1.872 casos de violencia familiar. Por otro lado, organizaciones de defensa de los derechos de los niños y de las niñas, entre ellas Munasim Kullakita y el Movimiento Vuela Libre, señalaron que hasta el 25 de abril se habían registrado 49 violaciones a menores.

De acuerdo con el Servicio Plurinacional de la Mujer,⁶ los hechos de violencia en razón de género entre 2013 y 2018 crecieron en el 130%, siendo 2017 el año con mayor número de casos (42.237). En 2018 el registro subió en casi 110 hechos de violencia en razón de género.

Para 2018 Bolivia llegó a tener la tasa más alta de feminicidios en América del Sur, alcanzando a 2,3 por cien mil mujeres, en contraposición con Chile y Colombia que registraron las tasas más bajas, llegando a 0,5 por cien mil mujeres. En 2019, en promedio, una mujer al día fue víctima de feminicidio o de tentativa de asesinato y en la primera quincena de 2020 se registraron 1,5 feminicidios por día (Servicio Plurinacional de la Mujer, 2020).

6 El nombre completo es Servicio Plurinacional de la Mujer y de la Despatriarcalización “Ana María Romero”. Con fines prácticos, en este texto lo citamos solamente como Servicio Plurinacional de la Mujer.

Además de una serie de factores determinantes de la violencia, ampliamente estudiados, el rol de las mujeres en los cuidados de la familia, que incluye el cuidado a las personas infectadas, se ha duplicado por el confinamiento, exponiendo a las mujeres a mayor violencia, desgaste físico y emocional.

Algunos análisis internacionales mencionan que los brotes de enfermedades afectan a las mujeres y a los hombres de manera diferente, y que las pandemias exacerbaban las desigualdades de las mujeres y de las niñas, que pueden presentar un riesgo más elevado de padecer violencia infligida por la pareja y otras formas de violencia intrafamiliar, como resultado de las tensiones crecientes en el hogar. Si bien el problema no es nuevo, es muy importante reconocer que con la expansión del COVID-19 aumenta la frecuencia y la intensidad de la violencia en los hogares, poniendo en riesgo la vida y el bienestar de millones de mujeres (adultas y adolescentes), niños y niñas de la región (Araujo, 2020).

“El confinamiento, esencial para prevenir el contagio del COVID-19, no necesariamente conduce a todos a un lugar seguro” (Araujo, 2020), esto tomando en cuenta a aquellas personas que están confinadas en su domicilio con su agresor y distanciadas de vecinos, familiares u otro sistema de protección social. Si a esa realidad se suman el estrés económico, la carga de los cuidados, el miedo producido por la pandemia, se genera un entorno en el cual los factores de riesgo se exacerbaban (*Ídem*).

Si consideramos las lecciones aprendidas para temas de igualdad de género provenientes de los brotes de los virus del Ébola y del Zika, las diferencias de poder entre los hombres y las mujeres significaron que estas últimas no tuvieran autonomía en sus decisiones sexuales y reproductivas, situación que se complicó aún más por la falta de acceso a servicios de salud y por la insuficiencia de recursos económicos para poder desplazarse a los hospitales y a las instalaciones de atención de salud, con el fin de buscar exámenes médicos para sus hijos e hijas, a pesar de ser ellas las que realizaban la mayoría de las actividades para controlar la propagación en sus comunidades (IPPF, 2020).

Hasta el momento hay una débil respuesta a la situación de violencia de género. En Bolivia han sido dramáticos los casos de feminicidio y de violencia doméstica y sexual, situación que ameritó la declaración pública

enérgica de la presidenta Añez, señalando que “no se va permitir ningún tipo de violencia contra las mujeres”. Actualmente, en Bolivia se cuenta con una *Guía de Actuación para mujeres en Situación de Violencia de Género, en Declaratoria de Cuarentena Total por el COVID-19*, elaborada en 2020 por el Servicio Plurinacional de la Mujer, con el apoyo de ONU Mujeres, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y otras instituciones.

Salud pública, medicina y pandemias

Los seres humanos somos una especie de incubadoras para los millones de microorganismos que pululan en el ambiente o dentro de pequeños bichos vectores que los transportan en sus entrañas. Nuestra sangre es apetecida por las hembras de los mosquitos que transmiten la malaria, el dengue, el zika y otros males infecciosos. A los virus del ébola y a los coronavirus les encanta introducirse o adherirse a nuestras células para provocar su entropía.

Las enfermedades infecciosas transmisibles, tanto las emergentes (SARS-2/COVID-19) como las reemergentes (SARS-1, ébola, influencias), cuando desencadenan epidemias o pandemias, alteran no solamente el desempeño de los sistemas de salud, sino también del resto de las estructuras de la sociedad y del Estado.

Uno de los primeros hechos verificables es el acaparamiento de medicamentos y de suministros sanitarios por los países más poderosos en el contexto global y por las personas con mayores recursos a nivel de los países.

Cuando una epidemia o una pandemia ocasionan elevadas tasas de ataque (número de personas infectadas en la población total) y de letalidad (porcentaje de decesos entre los infectados), la disrupción social es una constante, debido a que en las personas primero se activa el temor y después el sentido común.

Las bajas tienen lugar no solamente entre la población civil, sino también entre los trabajadores sanitarios y de otros sectores, que prestan servicios esenciales y cuya necesidad de continuar trabajando les impide acogerse a medidas de prevención como la cuarentena.

En ausencia de una pandemia o de una epidemia grave, es decir en la cotidianidad, lo ideal es que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se constituyan en la parte fundamental de la política de salud. Ambas funciones le corresponden a la salud pública, cuyo enfoque es poblacional, a partir del accionar intersectorial.

Cuando la promoción y la prevención son rebasadas por malos hábitos o por predisposición genética, y aparecen enfermedades, toma su lugar la medicina, cuyo enfoque es individual.

En la situación ideal señalada, salud pública y medicina actúan de manera sinérgica pero secuencial, procurando, la primera, incrementar los años de vida con calidad y la segunda, la medicina, recuperando la salud mediante diagnósticos y tratamientos adecuados y oportunos.

En presencia de una pandemia o en una epidemia grave, ambas disciplinas intervienen simultáneamente. La salud pública lo hace con medidas intersectoriales de prevención, contención y mitigación, para evitar la extensión del mal, y la medicina con acciones para reducir la tasa de letalidad, devolviendo la salud a los infectados.

El enemigo actual, en este caso el COVID-19, presenta tres características que le dan mucho poder: 1) la gravedad de los casos que se complican, 2) los síntomas leves o ninguno en aproximadamente el 80% de las personas infectadas y 3) la diseminación del virus a diestra y siniestra debido a que, por su largo periodo de incubación, no todos los infectados, en especial los que presentan síntomas leves o ninguno, están identificados.

En los países con estructuras institucionales no suficientemente bien organizadas, desastres y epidemias sacan a luz debilidades, pero también fortalezas. Como mencionamos, la pandemia del COVID-19 reveló la precariedad del Estado boliviano en sus tres niveles de gobierno, manifestada en problemas de coordinación, la lentitud para atender problemas derivados y la planificación contingente, así como en problemas de la gestión de riesgos. Esto se evidencia en la descentralización no consolidada, en especial cuando no hay capacidad de respuesta para atender problemas graves en el nivel subnacional; y en la precariedad del sistema nacional de salud y la desorganización de los hospitales, cuyos gerentes no reaccionaron o lo hicieron tarde, pero solo para reclamar, disfrazando la

incapacidad institucional de anticiparse a una situación peor y esperando que se produzca la respuesta estatal.

También el espíritu científico de pronto pareció extinguirse, y a pocos, o a nadie, se les ocurrió informarse por la red.

Por otra parte, la desmotivación del personal de salud saltó en evidencia, problema que el país arrastra desde hace muchos años.

Pero también hay expresiones de solidaridad y de preocupación por los que menos tienen, empezando por las diferentes estructuras del Estado, pasando por jóvenes que también emergen en acciones solidarias y organizaciones sociales de distinta naturaleza, hasta personas particulares. La distribución de dinero, de suministros y de alimentos para preparar comida, al igual que la donación de ropa, son manifestaciones que reflejan que a las personas todavía les queda algo de humanidad.

Tampoco han estado ausentes las donaciones, la apertura de albergues e incluso la generación de tecnología apropiada para enfrentar diferentes aspectos de la pandemia.

Conclusiones y proyecciones a futuro

De acuerdo con las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y según el contexto descrito, ponemos en discusión si las metas esperadas para salud y para la igualdad y el empoderamiento de mujeres (adultas, adolescentes y niñas) podrán cumplirse.

Metas esperadas para la salud materna y neonatal hasta 2030

- Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada cien mil nacidos vivos.
- Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños y niñas menores de cinco años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada mil nacidos vivos y la mortalidad de niños y de niñas menores de cinco años al menos hasta 25 por cada mil nacidos vivos.

- Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia y de información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
- Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- Aumentar sustancialmente el financiamiento de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención de personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en aquellos menos adelantados y en los pequeños Estados insulares en desarrollo.

Las siguientes recomendaciones en torno a las medidas para contener los efectos adversos en la salud sexual y reproductiva, provocados por el COVID-19, están basadas en una selección de recomendaciones internacionales de diferentes instituciones y organizaciones que trabajan por el derecho a la salud y el derecho a la salud sexual y reproductiva, entre ellas el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional para la Planificación Familiar, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización de los Estados Americanos, entre otras; tales recomendaciones son también aplicables al contexto boliviano:

- Ante el empeoramiento de la situación de la salud sexual y reproductiva, es fundamental que todas las mujeres tengan acceso a un parto seguro y, también, garantizarles la continuidad de la atención prenatal y postnatal, incluidas las pruebas de detección del COVID-19, de acuerdo con las directrices y los estándares nacionales, especialmente en los epicentros de la pandemia y donde el acceso a servicios de salud para mujeres embarazadas, en trabajo de parto y en parto se vean afectadas negativamente.
- La provisión de anticonceptivos modernos de acción corta y larga, de información, de asesoramiento y de servicios (incluida la anticoncepción

- de emergencia) salva vidas y debe estar disponible y accesible durante la respuesta a la pandemia.
- Es fundamental apoyar al Ministerio de Salud y a sus socios para fortalecer, financiar, implementar e integrar la salud con enfoques de derechos humanos, género y derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la atención del aborto seguro y la atención posaborto, en la preparación y la respuesta del COVID-19, y hacer operativos planes y mantener programas en curso.
 - Asegurar que las mujeres embarazadas con COVID-19, con casos sospechosos, probables o confirmados, incluidas las mujeres que pueden necesitar pasar tiempo en aislamiento, tengan acceso a atención especializada respetuosa y centrada en la mujer, que incluye pruebas obstétricas de detección materna, medicina fetal y atención neonatal, y servicios de salud mental y apoyo psicosocial, con disposición para atender complicaciones maternas y neonatales.
 - Apoyar la cadena de suministros (anticonceptivos modernos, medicamentos y suministros para salvar vidas de madres y de recién nacidos, equipos de salud materna, materiales y suministros, materiales educativos y de asesoramiento).
 - En el ámbito comunitario, es fundamental mantener informada a la población y a las mujeres embarazadas sobre los riesgos, los síntomas y la transmisión del COVID-19, como también prevenir la discriminación hacia las personas que presentan síntomas similares al COVID-19, las personas que han confirmado su infección con este virus y los proveedores de atención médica que trabajan en centros con casos de COVID-19.
 - Promover asociaciones públicas y privadas para movilizar al sector privado, a fin de intensificar los programas mejorados de responsabilidad social (por ejemplo, suministros de artículos sanitarios y de equipo médico).
 - Una perspectiva de género es esencial en cualquier intervención de respuesta a la pandemia y, a la vez, también debe reconocer las necesidades y los derechos de las mujeres, de las adolescentes y de las niñas, y de las personas vulnerables, entre ellas los ancianos, los adolescentes, los jóvenes y los niños, las personas con discapacidades, los migrantes y los refugiados.

- Cuando sea posible, utilizar la tecnología móvil, las plataformas de las redes sociales y otros enfoques innovadores para informar acerca de los beneficios de los servicios de salud sexual y reproductiva, y de la necesidad de seguir usándolos.
- Los proveedores de servicios podrían estar bajo un mayor riesgo de exposición al COVID-19 o tener la carga de cuidar a miembros de su familia, lo cual afecta la disposición o la capacidad de prestar servicios de salud sexual y reproductiva que salvan vidas.
- Debido a la alta diversidad cultural y lingüística de los pueblos indígenas, se requieren medidas culturalmente apropiadas para que puedan ser aplicadas. Por ejemplo, las campañas de comunicación deben ser realizadas en idiomas originarios y con mensajes prácticos, comprensibles y adecuados a la realidad social.

En razón a que la próxima epidemia o pandemia podría ser igual o peor, conviene analizar, desde una perspectiva sanitaria, qué medidas de previsión podrían ser adoptadas.

En el contexto internacional

¿Qué medidas podrían ser acordadas de manera global para su aplicación, tan pronto se tenga conocimiento de un caso o brote de una enfermedad infecciosa, especialmente emergente, al margen de que pueda derivar en pandemia?

- Un protocolo global con medidas como la cuarentena, el cierre de fronteras y medidas de protección personal, de aplicación mundial inmediata o de forma paulatina por continentes o regiones según, por ejemplo, el patrón geográfico que caracteriza al COVID-19. El protocolo debe incluir la cooperación científica inmediata al país que reporte brotes de una enfermedad infecciosa emergente o reemergente peligrosa.
- Un presupuesto para emergencias sanitarias mundiales o continentales, para la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas, con especificación

de los rubros que abarcaría. El origen de los fondos debería quedar claramente establecido.

- Un soporte económico relativamente rápido, del Banco Mundial, del Banco Interamericano de Desarrollo, del Fondo Monetario Internacional y de otras agencias regionales, para los países que lo requieran, con un periodo de gracia, plazos largos y sin intereses. También el alivio de una parte de la deuda externa para los países pobres más afectados.
- Fabricantes mundiales y continentales identificados, para que puedan cubrir rápidamente las demandas de equipo médico, medicamentos y suministros, a bajo costo.
- Las fuerzas armadas, los policías y los guardias civiles deberán ser entrenados de mejor manera en actividades de contención civil, porque la próxima pandemia podría ser mucho más amenazante y atemorizante, y para reducir al mínimo las bajas entre sus miembros.

En el contexto nacional

- A partir de los lineamientos internacionales, cada país debería elaborar planes de contingencia intersectoriales que abarquen todos los niveles de gobierno y de gestión, incluidos los hospitales. Asimismo, es preciso identificar con anticipación las infraestructuras donde serán atendidos los pacientes graves, las embarazadas y las parturientas contagiadas, al igual que las personas contagiadas con síntomas moderados; e identificar también instalaciones para aislar a los contactos.
- En situaciones de emergencia sanitaria, los diferentes subsectores prestadores de servicios de salud trabajarían en forma colaborativa, atendiendo pacientes sin discriminar su pertenencia sectorial.
- Organizar la red de ambulancias, el sistema de referencia y de contra-referencia, y el sistema de comunicación, para que tanto las personas infectadas como las que presenten otras dolencias y necesidades de atención de salud no sean privadas de su derecho a la asistencia sanitaria.
- El plan de contingencia tendría que abarcar también las modalidades de apoyo psicológico para el personal de salud, policial y militar, y para cualquier otra persona que esté en primera línea, incluyendo a las

- autoridades gubernamentales, de las gobernaciones, de las provinciales, municipales y de otras instituciones.
- Los medios de comunicación deberán difundir información oficial sobre datos y medidas de protección y de prevención, y también incluir en su programación mensajes de apoyo emocional y pequeñas disertaciones (de 1 a 2 minutos) de expertos psicólogos y psiquiatras. Todo esto discriminando audiencias, según contexto e idioma nativo.
 - Difundir ciclos periódicos por los medios de comunicación sobre medidas personales de prevención de infecciones, porque las sociedades suelen olvidar con cierta facilidad los desastres o los males colectivos.

Los datos expuestos colocan en una situación más crítica a Bolivia, tomando en cuenta algunos componentes de la salud sexual y reproductiva, entre ellos la mortalidad materna y neonatal. En el escenario dinámico de la pandemia del COVID-19, la información y la evidencia científica se van modificando, y es probable que las recomendaciones expuestas también cambien.

Bibliografía

- Araujo, María Caridad
 2020 “La capacidad de respuesta a prueba”. *Blogs* digitales del Banco Interamericano de Desarrollo (16/04/2020). Disponible en: <https://blogs.iadb.org/igualdad/es/la-capacidad-de-respuesta-a-prueba/> [Consulta: 02/05/2020]
- Birbuet, Juan Cristóbal y López, Rafael
 2020 “Dinámica de expansión del COVID-19 en Bolivia durante las primeras 6 semanas”. Documento de trabajo, actualizado al 18 de abril de 2020. Disponible en: https://rafalopezv.io/static/covid/covid_19_bolivia.pdf [Consulta: 02/05/2020]
- Bohoslavsky, Juan Pablo
 2020 “COVID-19: Llamamiento urgente para una respuesta a la recesión económica desde los derechos humanos”. Ginebra: Naciones Unidas, Derechos Humanos.

- Camacho, Alma Virginia
2020 “La salud sexual y reproductiva en tiempos de COVID-19: Evidencias, perspectiva y desafíos en América Latina y el Caribe”. Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. *Webinar* (03/04/2020).
- Cotachi, David y Grigera, Ana
2020 “Pandemia 2020: Respuestas urgentes y diferenciadas para pueblos indígenas”. *Blogs* digitales del Banco Interamericano de Desarrollo (10/04/2020). Disponible en: <https://blogs.iadb.org/igualdad/es/covid-19-respuestas-pueblos-indigenas/> [Consulta: 03/05/20]
- De La Galvez Murillo, Alberto
2020 “Embarazo y COVID-19”. Disponible en: <http://ommncides.edu.bo/ommn/?news=embarazo-y-covid-19> [Consulta: 02/05/2020]
- Federación Internacional de Planificación Familiar - IPPF
2020 *Declaración del IMAP sobre el COVID-19 y los derechos de salud sexual y reproductiva*. Reino Unido: IPPF.
- Gutiérrez, Patricio y Paz, Wayra
2020 “Estado de situación de Unidades de Terapia Intensiva. Preparación para atención de COVID-19 Bolivia 2020”. Primer corte. Investigación en curso.
- Instituto Nacional de Estadística de Bolivia
2017 *Encuesta de Demografía y Salud 2016*. La Paz: Instituto Nacional de Estadística de Bolivia.
- Ministerio de Salud
2020 *Guía y Lineamientos de Manejo Covid-19*. Serie: Documentos Técnicos Normativos. (En revisión permanente.) La Paz: Ministerio de Salud.
- Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal
2018 “Que nadie se quede atrás. Por una mejor inclusión de la mujer indígena en la salud materna”. Disponible en: <http://ommncides.edu.bo//ommn/wp-content/uploads/2018/07/SeparataOMMN-2.pdf> [Consulta: 03/05/2020]

Perú21

2020 “ONU advierte que la pandemia por el coronavirus puede provocar embarazos no deseados ante la escasez de anticonceptivos”. Edición digital (24/04/2020). Disponible en: <https://peru21.pe/mundo/la-onu-advierte-que-la-pandemia-por-el-coronavirus-puede-provocar-embarazos-no-deseados-ante-la-escasez-de-anticonceptivos-pandemia-covid-19-noticia/> [Consulta: 05/05/2020]

Servicio Plurinacional de la Mujer y de la Despatriarcalización

“Ana María Romero”

2020 “Contexto actual de la Violencia contra las Mujeres”. Presentación en Power Point.

Secretaría de Acceso a Derechos y Equidad-Organización de Estados Americanos (SARE-OEA)

2020 *Guía Práctica de Respuestas Inclusivas y con Enfoque de Derechos ante El Covid-19 en las Américas*. (OAS. Documentos oficiales; OEA/Ser.D/XXVI.16). Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos.