

Título: Derechos reproductivos de las mujeres en Bolivia: una visión de acceso*

Rocio Aruquipa[†]

Lucila Aguilar[‡]

Resumen:

En el documento se presenta un análisis respecto a la privación que experimentan las mujeres en Bolivia en ciertos derechos reproductivos. Para cuantificar el mismo se recurre a la metodología de recuento que proponen Alkire y Foster en 2011 respecto a la construcción de un índice de pobreza multidimensional basado en indicadores de privación. Metodología utilizada por su capacidad de análisis múltiple, a nivel de sus dimensiones y/o en subgrupos de la población, además de su flexibilidad para aplicarlo en diferentes contextos. La investigación emplea microdatos de la Encuesta de Demografía y Salud 2016, teniendo como unidad de análisis a las mujeres en edad reproductiva (14 a 49 años de edad). Los resultados muestran que 39.9 % de la población femenina en edad fértil que fueron identificadas como "privadas respecto a sus derechos reproductivos" y que, en promedio, cada mujer "privada de sus derechos", en promedio, experimenta privaciones en más del 58 % de los indicadores ponderados, encontrándose marcadas diferencias según el área de residencia, grupo etario y nivel educativo.

Clasificación JEL: I300, I320, J120, J130, J160.

Palabras clave: Derechos reproductivos, mujeres, adolescentes, anticoncepción, planificación familiar.

*El contenido del presente documento es de responsabilidad de las autoras y no compromete la opinión de Fundación ARU.

[†]Investigadora Junior de la Unidad de Investigación en Fundación ARU. Comentarios y sugerencias son bienvenidos a: raruquipa@aru.org.bo

[‡]Coordinadora Técnica de la Unidad de Datos en Fundación ARU. Comentarios y sugerencias son bienvenidos a: laguilar@aru.org.bo

Abstract:

The document presents an analysis of the deprivation of women's reproductive rights in Bolivia. To quantify it, the counting methodology proposed by Alkire and Foster in 2011 regarding the construction of a multidimensional poverty index based on deprivation indicators is used. This methodology is used for its capacity for multiple analysis, at the level of its dimensions and/or in subgroups of the population, in addition to its flexibility to apply it in different contexts. The research uses microdata from the 2016 Demographic and Health Survey, with women of reproductive age (14 to 49 years of age) as the unit of analysis. The results show that 40.0% of the female population of childbearing age were identified as "deprived of their reproductive rights" and that, on average, each "deprived" woman experiences deprivation in more than 58% of the weighted indicators, with marked differences depending on area of residence, age group and educational level.

JEL Classification: I300, I320, J120, J130, J160.

Keywords: Reproductive rights, women, teenagers, contraception, family planning.

1. Introducción

Los derechos sexuales y reproductivos están relacionados con la libertad de las personas a decidir sobre su sexualidad y el ejercicio libre de la misma (Organización de Naciones Unidas - Derechos Humanos, 2024). Por ejemplo, las personas tienen derecho a decidir sobre el número de hijos que desean, el intervalo de tiempo entre nacimientos, el acceso a atención médica de calidad y en condiciones adecuadas, el acceso a información y/o educación sexual y reproductiva sin discriminación ni ningún tipo de opresión, entre otros. Los derechos sexuales y derechos reproductivos son una parte importante, integral e indivisible de los derechos humanos.

A nivel internacional, se enfatiza el papel importante que tienen los derechos sexuales y derechos reproductivos en la vida cotidiana de las mujeres, donde exhiben que no existirá igualdad hasta que las mujeres puedan controlar su propio cuerpo y/o su fecundidad. Así, los derechos sexuales y derechos reproductivos se constituyen como un componente de la autonomía de las mujeres, particularmente en la edad fértil. Corresponde a los diferentes Estados hacer respetar, promover, proteger y garantizar la salud y los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas, en particular, las mujeres (Organización de Naciones Unidas - Derechos Humanos, s.f.).

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia dentro de sus estatutos reconoce y promueve el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos¹; asimismo, en el Plan de Desarrollo Económico y Social (PDES) 2021 - 2025 se tiene previsto fortalecer los conocimientos en derechos sexuales y reproductivos de los estudiantes en el Sistema Educativo Plurinacional y mejorar en cuanto a la estructura, la atención de los establecimientos de salud y en la prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles (Ministerio de Plannificación del Desarrollo, 2021)². En 2010, el Ministerio de Salud y Deportes hizo público el Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2009 - 2015 que contribuye principalmente al conocimiento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos sobre todo en lo que se refiere a la decisión

¹ Específicamente en el Artículo N° 66 se señala que: "Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos".

² Para mayor información respecto a normativa referente a derechos reproductivos consultar el Apéndice C.

de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos.

Si bien existe normativa a nivel nacional que promueve el ejercicio de estos derechos, los documentos de investigación cuantitativa que abordan las dimensiones del tema (de forma aislada y de forma no aislada cada derecho) así como su estado actual o a través del tiempo son escasos. Es por lo descrito que se decide analizar el grado de privación que pueden llegar a experimentar las mujeres en edad fértil (14 a 49 años) en ciertos derechos reproductivos³ a partir de un índice construido con la metodología de recuento de Alkire y Foster (2011) basado en indicadores de privación⁴. Éste índice se construye con información de la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) 2016⁵.

En ese sentido, se tomó como referencia para las dimensiones los derechos reproductivos que plantea el Centro de Investigación en Educación Sexual y Reproductiva (CIES) de Bolivia⁶ dentro de los cuales se encuentran:

1. Decidir sobre el número y espaciamiento de hijos(as) en función de sus necesidades deseos y expectativas.
2. Acceder a métodos anticonceptivos seguros y de calidad.
3. Acceder a servicios de salud reproductiva integrales y de calidad.
4. Acceder a información clara y precisa sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos.
5. No ser discriminada por sus opciones reproductivas.
6. Derecho a la maternidad libremente decidida.
7. Derecho a recibir orientación, atención integral en todo el proceso del embarazo, parto, puerperio y lactancia.
8. Derecho a la autonomía e integridad corporal.
9. Derecho de las mujeres a no ser discriminadas en el trabajo o el estudio por su maternidad y/o interrupción de embarazo.
10. Derecho a acceder a la orientación, prevención de problemas de infertilidad, ITS, cáncer cérvico-uterino, entre otros.
11. Acceso a nuevas tecnologías reproductivas.

Para ello el documento se estructura de la siguiente forma, la sección siguiente resume investigaciones que estudiaron la temática, la tercera sección describe el método utilizado, detallando la metodología e indicadores construidos. Finalmente, se presentan los principales resultados y concluye con recomendaciones e implicaciones para la política pública.

³En este documento no se abordan los derechos sexuales –entre ellos se encuentran los siguientes: i) derecho a la igualdad, a una protección legal igualitaria; ii) derecho a la vida, libertad; iii) derecho a la privacidad; iv) derecho a la autonomía personal; v) derecho a la libertad de pensamiento; vi) derecho a la salud; vii) derecho a la educación e información, viii) derecho a elegir si casarse o no– debido a la ausencia de información en las encuestas de salud.

⁴Esta metodología es utilizada por su capacidad de análisis múltiple, a nivel de sus dimensiones y/o en sub-grupos de la población, además de su flexibilidad para aplicarlo en diferentes contextos permitiendo analizar si una persona está privada de ciertos derechos y el grado de privación que experimenta (Alkire y cols, 2015)

⁵Debido a que la EDSA 2023 aun no se encuentra disponible para uso público.

⁶Si bien se considera al CIES como principal referente, también se realizó una comparativa con otras fuentes de información. Para mayor detalle consultar el Apéndice A

2. Revisión de literatura

A continuación, se presenta una síntesis de varios estudios que focalizan su análisis en ciertos derechos reproductivos de manera independiente. Estos escritos se agrupan con base en los derechos reproductivos que abordan: i) acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad, ii) acceso a servicios de salud reproductiva integrales y de calidad, iii) acceso a información clara y precisa sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos, iv) maternidad libremente decidida, y v) acceso a orientación, prevención, tratamiento de problemas de infertilidad Infecciones por Transmisión Sexual (ITS), cáncer cérvico uterino y mamario (Tabla 1 Tabla 2).

Tabla 1: Estudios relacionados con el ejercicio de los derechos reproductivos en América Latina

Autor	Relación DSDR	Objetivo	Metodología	Principales hallazgos
Núñez Urquiza y cols. (2003)	Acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad	Estudiar la asociación que existe entre las características sociodemográficas y las madres adolescentes mexicanas durante 1992 y 1994 , además de, analizar el uso de métodos anticonceptivos posparto.	Entrevistas a 220 adolescentes entre 13 y 19 años y la construcción de un modelo de regresión logística no condicional	Alrededor de una quinta parte de los niños que nacen de madres adolescentes son producto de embarazos no deseados. La píldora antoconceptiva, el DIU y el condón son los métodos anticonceptivos más conocidos por las madres adolescentes, sin embargo, existe una baja cobertura en el uso de métodos de anticoncepción posterior al parto.
Montes de Oca (2013)	Acceso a la orientación, prevención, tratamiento de problemas de infertilidad, ITS, cáncer cérvico-uterino, mamario	Determinar los medios por los que los jóvenes universitarios venezolanos obtienen información sobre las ITS en 2013	Entrevistas a estudiantes universitarios pertenecientes a instituciones de educación superior del área Metropolitana de Caracas - Venezuela, entre los 17 y 24 años.	Los estudiantes mostraron poco conocimiento respecto a las ITS. Resalta que la mayoría de los conocimientos adquiridos respecto a las ITS son erróneos, difusos o influenciados por mitos que rodean a este tipo de enfermedades. Las fuentes más frecuentes de información reportadas son los amigos, el internet, los medios de comunicación tradicionales (especialmente televisión), luego los padres y por último la consulta médica.
Hernández Bohórquez y Rodríguez Rodríguez (2016)	Maternidad libremente decidida	Analizar la relación entre factores sociodemográficos y la ocurrencia de embarazos no deseados en mujeres colombianas en edad reproductiva (13 - 49 años) en 2010	Análisis bivariados y análisis de regresión logística multinomial en base a datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2010)	La prevalencia de embarazo no deseado permanece alta en Colombia respecto a años anteriores y a otros países. Adicionalmente, el no estar en unión, tener hijos, pertenecer al quintil de menor riqueza y ser adolescente, son factores que aumentan la probabilidad de tener un embarazo no deseado. Por otra parte, las mujeres con conocimiento de pocos métodos de planificación familiar presentan 2.08 veces mayor probabilidad de tener un embarazo no deseado frente a las mujeres que refieren conocer muchos más métodos de planificación familiar.

Continúa en la siguiente página...

Autor	Relación DSDR	Objetivo	Metodología	Principales hallazgos
Gómez-Inclán y Durán Arenas (2017)	Acceso a servicios de salud reproductiva integrales y de calidad	Análizar el acceso al sistema de salud de los adolescentes en la ciudad de México en 2014 .	Entrevistas a partir de grupos focales a estudiantes de secundaria y preparatoria en la ciudad de México	La población adolescente de 15 a 19 años manifiestan que no conocen los mecanismos de atención ni la oferta de métodos anticonceptivos. Si bien, en ciertos casos, los adolescentes tienen el conocimiento de lugares donde pueden obtener métodos anticonceptivos, no conocen los costos de compra ni los mecanismos para obtenerlos dentro del sistema de salud.
Garza y cols. (2020)	Acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad	Examinar la sensibilidad del consumo privado de métodos anticonceptivos ante las fluctuaciones macroeconómicas en 12 países de América Latina (2006-2010)	Datos de encuestas de salud, demografía, presupuestos familiares, ventas minoristas de anticonceptivos, entre otros.	La venta de métodos anticonceptivos en países latinoamericanos es sensible ante cambios en indicadores macroeconómicos, en particular la pobreza. Las mujeres entre 15 y 49 años en su mayoría acceden a métodos anticonceptivos de manera gratuita, en promedio las mujeres realizan un gasto de 12\$ al año en la compra de métodos anticonceptivos, donde Argentina, Honduras y Ecuador son los países que reportan gastos inferiores al promedio.
Cooperación MILES (2020)	Acceso a servicios de salud reproductiva integrales y de calidad	Identificar las principales problemáticas y nudos críticos en cuanto al acceso a salud sexual y reproductiva en la población chilena un escenario de pandemia (2020)	Análisis descriptivo a partir de encuestas online a 1084 personas (545 y 539 en la primera y segunda ronda)	La mitad de las personas encuestadas presentaron dificultades para acceder a algún servicio de salud sexual y/o reproductiva. Los tipos de servicios que presentaron mayor dificultad son en el acceso a métodos anticonceptivos, seguido del examen del papanicolaou, los exámenes de VIH y, por último, las consultas por ITS.
CEPAL (2020)	Acceso a servicios de salud reproductiva integrales y de calidad	Analizar el efecto de la pandemia del covid-19 en 12 países de América Latina y el Caribe en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva del sector público y privado	Encuestas al personal de ministerios de salud (sector público) y datos de las ventas macroeconómicas (sector privado) de 12 países de América Latina y el Caribe	La pandemia de COVID-19 afectó al acceso de métodos anticonceptivos modernos por diversas vías como el desabastecimiento por el lado de la oferta, y por la caída de los ingresos de los hogares, por el lado de la demanda. Los países de Argentina, Brasil y México son los más afectados en términos de acceso.

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a literatura a nivel regional, se encontró estudios que analizan particularmente el acceso de las personas a servicios de salud reproductiva, métodos anticonceptivos o respecto a la decisión de las mujeres de ser madres o no, siendo los métodos cualitativos (aplicación de encuestas o entrevistas) los más utilizados por los autores⁷. Los resultados muestran problemas en la población en cuanto a información o acceso a métodos anticonceptivos y/o infecciones de transmisión sexual (ITS) en la región, particularmente en mujeres y jóvenes (Núñez Urquiza y cols., 2003; Montes de Oca, 2013; Gómez Inclán y Durán Arenas, 2017; Garraza y cols., 2020). Por otra parte, se observa la prevalencia de embarazos no deseados en Colombia y Venezuela donde en el caso de las mujeres colombianas el hecho de que sean solteras, tengan hijos, tengan ingresos bajos o sean adolescentes son factores que aumentan la probabilidad de que tengan un embarazo no deseado (Núñez Urquiza y cols., 2003; Hernández Bohórquez y Rodríguez Rodríguez, 2016).

Este escenario se vio afectado a causa de las medidas restrictivas implementadas durante 2020 por la presencia del Covid-19. Ciertos países de América Latina y el Caribe presentaron dificultades en cuanto al acceso a métodos anticonceptivos, particularmente Argentina, Brasil y México, países identificados como los más afectados⁸ (CEPAL, 2020). Para la población chilena, a partir de encuestas a la población durante la pandemia, se evidenció problemas en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente a métodos anticonceptivos y exámenes de papanicolaou o de VIH (Cooperación MILES, 2020).

En el caso de Bolivia, se encontraron estudios cualitativos focalizados principalmente en mujeres y jóvenes que exhiben la falta de información que tienen estas poblaciones respecto a ITS y al uso de métodos anticonceptivos (King, 2003; Puig Borrás y Montalvo, 2011). Un estudio cuantitativo realizado por el Instituto Nacional de Estadística (2018) evidencia que la edad (relación negativa), residir en el área rural (relación negativa) y el nivel de instrucción (relación positiva) son variables que influyen en las mujeres en cuanto al uso de MAC en 2016.

Con base en la información encontrada, el estudio pretende aportar al estudio de la temática a partir de un análisis cuantitativo multidimensional del estado de privación que experimentan las mujeres en ciertos derechos reproductivos con la construcción de un índice que permita consolidar las diferentes aristas que tienen este tipo de derechos (acceso a métodos anticonceptivos, información sobre su cuerpo, procesos reproductivos y servicios de salud reproductiva). Si bien no se encontró literatura que realice un ejercicio similar a la construcción de un índice multidimensional, se considera que el estudio permitirá tener un panorama general de los derechos reproductivos en las mujeres en edad fértil en Bolivia e identificar en que dimensiones estas se ven más privadas, y de esta manera generar mayor interés y debate en la temática.

⁷Con excepción de los autores Núñez Urquiza y cols. (2003), Hernández Bohórquez y Rodríguez Rodríguez (2016), Garraza y cols. (2020), quienes implementan métodos cuantitativos para el análisis.

⁸Si bien Bolivia no fue identificado como uno de los países más afectados, si se pudo evidenciar que presentó problemas en cuanto a la oferta y demanda de métodos anticonceptivos durante la pandemia (CEPAL, 2020).

Tabla 2: Estudios relacionados al ejercicio de los derechos reproductivos en Bolivia

Autor	Relación DSDR	Objetivo	Metodología	Principales hallazgos
King (2003)	Acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad	Definir los factores que condicionan la planificación familiar de mujeres que utilizan los servicios del Centro de Salud en Cerro Verde (CSCV) , Cochabamba - Bolivia, 2003 .	Entrevistas a directores de Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y mujeres del CSCV en edad fértil (entre 15 y 40 años)	La falta de información en mujeres en edad fértil es el principal impedimento en el uso de métodos anticonceptivos. En su mayoría, las mujeres entrevistadas reportan que recibieron información de métodos anticonceptivos por primera vez en los centros de salud.
Puig Borrás y Montalvo (2011)	Acceso a la orientación, prevención, tratamiento de problemas de infertilidad, ITS, cáncer cérvico-uterino, mamario	Identificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas relativas a la prevención, transmisión, identificación de síntomas y búsqueda de tratamiento de ITS y VIH-SIDA en la población joven y adulta de comunidades indígenas del departamento de Pando - Bolivia, 2007	Constitución de grupos focales de 5 a 15 personas en las cinco comunidades intervenidas	Evidencian que los hombres adultos constituyen el grupo de población más informado respecto a ITS y VIH-SIDA, información que es probable que fuera adquirida durante sus desplazamientos a otras zonas y ciudades del país. Por otra parte, las madres adultas o jóvenes cuentan con información básica al respecto, considerada insuficiente, donde es probable que la información con la que cuentan se deba a su entrada al sistema de salud por razones vinculadas al embarazo, parto u otros.
Instituto Nacional de Estadística (2018)	Acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad	Definir la relación que existe entre diferentes y el conocimiento o uso de métodos anticonceptivos modernos (MAC) en mujeres en edad fértil en Bolivia en 2008 y 2016	Análisis comparativo y multivariado con datos de la Encuesta de Demografía y Salud de 2008 y 2016	Se observa que entre mayor es la edad de la persona la probabilidad de utilizar MAC disminuye. El idioma materno castellano, la situación conyugal de casada/unida, el nivel de instrucción superior, área urbana, la categoría de "sin hijos" está asociado positivamente con el uso de MAC modernos e implica mayor exposición a la información.

Fuente: Elaboración propia.

3. Método

Para analizar el nivel de privación que experimentan las **mujeres en edad fértil** (14 a 49 años de edad) en Bolivia en ciertos derechos reproductivos, se emplean los datos que provienen de la **EDSA 2016**⁹ que pone a disposición el Instituto Nacional de Estadística (INE).

El objetivo principal del estudio se basa en la construcción de un índice, empleando la metodología de Alkire y Foster (2011) para la construcción de un Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), pues los autores reconocen que la medida puede ser aplicada a otros fenómenos¹⁰ (Alkire y Santos, 2014). Por tanto, se utilizará esta medida para evaluar la incidencia e intensidad del grado de privación en ciertos derechos reproductivos de las mujeres en edad fértil en Bolivia.

3.1. Metodología

La metodología desarrollada por Alkire y Foster en 2011 está compuesta por una etapa de identificación y otra de agregación. Para la fase de *identificación*, la información base para la medición de la pobreza multidimensional está representada por una matriz $X_{(n \times d)}$ donde x_{ij} es el logro de una persona i en la dimensión j ¹¹. Para cada dimensión j , se define un umbral z_j definido como un logro mínimo requerido para ser considerado como no privado. El umbral es denominado *punto de corte de privación*.

Los puntos de cortes de privación son colectados en un vector d -dimensional $z = (z_1, \dots, z_d)$. Dado el logro de cada persona en cada dimensión x_{ij} , si el i -ésimo nivel de logro de la persona en una determinada dimensión j cae por debajo de su respectivo punto de corte z_j ($x_{ij} < z_j$), entonces la persona estará privada en esa dimensión; por el contrario, si el nivel de la persona es al menos igual o mayor al punto de corte, entonces la persona no está privada en esa dimensión.

Una vez obtenida la matriz de logros X y el vector de los puntos de corte, es posible obtener la matriz de privaciones g_{ij}^0 :

$$g_{ij}^0 = \begin{cases} 1 & \text{si } x_{ij} < z_j \\ 0 & \text{e.o.c.} \end{cases} \quad \text{donde } j = 1, \dots, d \text{ e } i = 1, \dots, n \quad (1)$$

De la Ecuación 1 se advierte que si la persona i está privada en la dimensión j , entonces le es asignado un estado de privación de 1, y 0 en otro caso. La matriz g^0 ¹² resume el estado de privación de todas las personas en todas las dimensiones de la matriz X .

La privación de cada una de las d dimensiones puede no tener la misma importancia relativa. Es así que, el vector $w = (w_1, \dots, w_d)$ de pesos o ponderadores de privación

⁹Se utilizaron factores de expansión para poder presentar resultados a nivel nacional considerando las proyecciones de población femenina de 14 a 49 años de edad del Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica (SNIS - VE) para el año 2016.

¹⁰Por ejemplo, autores como Ura y cols. (2012) adoptan la metodología de Alkire y Foster para el análisis de un índice de felicidad en Bután, Maduekwe (2018) construye un índice de privación de reconocimiento humano entre las mujeres en Malawi y Ortega y cols. (2020) realiza un análisis de un índice de vulnerabilidad en infraestructura de la vivienda ante el COVID-19 en México, entre otros.

¹¹Se asume, por simplicidad, que los logros son representados por números reales no negativos ($x_{ij} \in \mathbb{R}^+$).

¹²El vector $g_{(i, \cdot)}^0$ resume el estado de privación de la persona i en todas las dimensiones y el vector $g_{(\cdot, j)}^0$ resume el estado de privación de todas las personas en la dimensión j .

es usado para indicar la importancia relativa de cada dimensión¹³.

El *puntaje de privación* de cada persona es igual a la suma de sus privaciones ponderadas. Formalmente¹⁴:

$$c_i = \sum_{j=1}^d w_j g_{ij}^0 = \sum_{j=1}^d \bar{g}_{ij}^0 \quad (2)$$

Se denota el puntaje de privación de una persona i por c_i y el vector de puntaje de privación para todas las personas por $c = (c_1, \dots, c_n)$.

La metodología además de los puntos de corte z_j , emplea un segundo punto de corte, denominado, *umbral de pobreza* y, es denotado por k . Este umbral es el puntaje mínimo de privación que una persona necesita experimentar para ser considerada como pobre. Este punto de corte es implementado usando una función de identificación ρ_k ¹⁵, el cual depende del vector de logros de cada hogar x_i , el vector de puntos de corte z , el vector de pesos w , y el umbral de pobreza k . Si la persona es pobre, la función de identificación tomará el valor de 1 y, 0 si la persona no es pobre, esto es:

$$\rho_k(x_i, z) = \begin{cases} 1 & \text{si } c_i \geq k \\ 0 & \text{e.o.c.} \end{cases} \quad (3)$$

Una vez identificados los puntos de cortes duales se identifica a los pobres en una nueva matriz denominada matriz de privación censurada que equivale a:

$$g_{ij}^0(k) = g_{ij}^0 \times \rho_k(x_i, z) \quad \forall i, j \quad (4)$$

Esto quiere decir que si la persona es pobre, su estado de privación en cada dimensión permanece intacto; por otra parte, si la persona no es pobre su estado de privación en cada dimensión se convierte en 0, esto es equivalente a censurar las privaciones de las personas no pobres. El puntaje de privación censurado¹⁶ de una persona i es denotado por $c_i(k)$ y es obtenido:

$$c_i(k) = \sum_{j=1}^d w_j g_{ij}^0(k) \quad (5)$$

El vector de puntaje de privación es denotado por $c(k)$ y, por definición, este vector ha sido censurado de las privaciones de aquellos valores menores que k :

$$c_i(k) = \begin{cases} c_i & \text{si } c_i \geq k \\ 0 & \text{e.o.c.} \end{cases} \quad (6)$$

Una vez que los pobres han sido identificados, el siguiente paso es la *agregación*. El paso de agregación de la metodología se basa en la clase de medidas unidimensionales de pobreza de Foster y cols. (1984) y la tasa de recuento ajustada, denotada

¹³Por simplicidad, los pesos deberán estar normalizados, es decir, $0 < w_j < 1$ y $\sum_{j=1}^d w_j = 1$ (Pacífico y Poege, 2017)

¹⁴El puntaje incrementa cuando el número de privaciones que experimenta una persona incrementa, y alcanza su máximo cuando la persona está privada en todas las dimensiones. Una persona que no está privada en ninguna dimensión tendrá un puntaje igual a 0.

¹⁵Dado que ρ_k depende del conjunto de puntos de corte dentro de las dimensiones z y entre las dimensiones k , se hace referencia a ρ_k como un método de identificación de corte dual.

¹⁶Alternativamente, el vector de puntajes de privación censurado puede ser obtenido directamente de la matriz de privaciones censurada

como M_0 , se puede obtener como la media de un vector construido a partir de los datos originales y censurado usando la línea de pobreza, es decir, la media del vector de puntajes de privación censurado.

$$M_0 = \mu(c(k)) = \frac{1}{n} \times \sum_{i=1}^n c_i(k) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^d w_j g_{ij}^0(k) \quad (7)$$

Sin embargo, existen otras formas de computar el índice de recuento ajustado o índice de pobreza multidimensional M_0 , y esto conlleva la definición de dos nuevos conceptos. En primer lugar, como se obtendrá la proporción de hogares que son identificados como pobres multidimensionales y se censurará las privaciones de aquellos que no son pobres, se puede obtener el recuento de la pobreza multidimensional H , que representa la incidencia de la pobreza multidimensional. Por otra parte, se puede obtener el porcentaje promedio (ponderado) de dimensiones en las cuales las personas pobres experimentan una privación, denominado intensidad de la pobreza A . De manera que:

$$M_0 = H \times A = \frac{q}{n} \times \frac{1}{q} \sum_{i=1}^q c_i(k) \quad (8)$$

Donde: q es el número de personas identificadas como pobres usando el enfoque de corte dual. El producto de estos dos términos da como resultado la medida M_0 .

3.2. Dimensiones e indicadores

Considerando la disponibilidad de información de la EDSA 2016, el análisis del estudio se circunscribe en los derechos 2, 3-4 y 10 de CIES derechos que en adelante serán considerados como dimensiones para la construcción del índice ¹⁷. Cada dimensión está asociada a un indicador o a un conjunto de indicadores¹⁸, donde los indicadores se caracterizan por ser variables dummies, toman el valor de 1 si la persona esta privada de algún derecho y 0 en otro caso. Este detalle es descrito en la Tabla 3.

La definición de dimensiones e indicadores se basó en información vigente, en la disponibilidad de datos, considera tres dimensiones y nueve indicadores. Una mujer en situación de pobreza, se encuentra privada en sus derechos fundamentales. Esta situación no sólo afecta su presente, sino que repercute en su desarrollo y por tanto, en su capacidad para construir un futuro más próspero.

La privación de derechos representa una vulneración a los derechos humanos y contribuye al seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) Meta 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos en todas las edades, la meta 3.7. De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales

¹⁷Solo se considera una tercera parte de los derechos reproductivos establecidos por el CIES de Bolivia debido a que no es posible construir indicadores que representen: v) no ser discriminada por sus opciones reproductivas, vii) recibir orientación, atención integral en todo el proceso de embarazo, parto puerperio y lactancia, viii) a la autonomía e integridad corporal, ix) no ser discriminadas en el trabajo o estudio por su maternidad y/o interrupción de embarazo, xi) acceso a nuevas tecnologías reproductivas.

¹⁸Los indicadores fueron seleccionados considerando la fuerte relación que existe entre el indicador y la dimensión.

Tabla 3: Indicadores para el índice de privación de derechos reproductivos

Dimensión	Indicador	Condiciones: Si la mujer...	Descripción: La mujer entrevistada...
Acceso a métodos anticonceptivos seguros y de calidad (w=0.33)	Conocimiento de métodos anticonceptivos (w=0.16)	<ul style="list-style-type: none"> 1 No conoce o no ha oído hablar de métodos de anticoncepción modernos e.o.c. 0 	En la pregunta <i>¿ha oído hablar de esterilización femenina/masculina, pastilla, DIU, inyección anticonceptiva, implante, condón (masculino/femenino), tableta vaginal y anticoncepción de emergencia?</i> respondió que no.
	Acceso a preservativos (w=0.16)	<ul style="list-style-type: none"> 1 No sabe donde se pueden conseguir preservativos o los consigue en un lugar no seguro e.o.c. 0 	En la pregunta <i>¿Sabe de algún lugar donde se puedan conseguir condones?</i> respondió que no. Por otra parte, si la mujer tiene conocimiento del lugar donde se conseguir condones y refiere a un médico tradicional, amigo/familiar u otro lugar que no pertenezca a entidades de salud del sector público o privado.
Acceso a servicios de salud reproductiva integrales y de calidad e información sobre su cuerpo, sus funciones, los procesos reproductivos y servicios de salud reproductiva (w=0.33)	Conocimiento de días fértiles (w=0.11)	<ul style="list-style-type: none"> 1 No sabe cuáles son los días en los que la mujer puede quedar embarazada fácilmente e.o.c. 0 	En la pregunta <i>Entre una menstruación y otra ¿cree usted que hay ciertos días en los que una mujer puede quedar embarazada más fácilmente si tiene relaciones sexuales?</i> respondió que no. Por otra parte, si una persona respondió que sí, en la pregunta <i>¿cuáles son esos días?</i> respondió justo antes de que comience la menstruación, durante la menstruación, inmediatamente después de terminada la menstruación o en cualquier momento. ¹⁹
	Anticoncepción o planificación familiar (w=0.11)	<ul style="list-style-type: none"> 1 No ha escuchado sobre planificación familiar/anticoncepción en los últimos 12 meses en ningún medio audiovisual/escrito e.o.c. 0 <p>Continúa en la siguiente página...</p>	En la pregunta <i>Durante los últimos 12 meses ¿usted ha escuchado en la radio, la televisión, en los periódicos/revistas o en internet algo sobre anticoncepción/planificación familiar?</i> respondió que no.

¹⁹En el Manual sobre Salud e Higiene Menstrual realizado por UNICEF (s.f) se establece que el periodo donde una mujer es más probable a quedar embarazada es durante los 3 días antes de la fase de ovulación o el día en que comienza la fase de ovulación.

Continuación...

Dimensión	Indicador	Condiciones: Si la mujer...	Descripción					
	Conocimiento del SUMI y/o la Ley N° 475 (w=0.11)	<table border="0"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>1</td> <td>No sabe a quiénes atiende el SUMI o la Ley N° 475 e.o.c.</td> <td rowspan="2">En las preguntas ¿Ha oído hablar del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)²⁰? y ¿Ha oído hablar de la Ley No. 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral²¹? respondió que no. Por otra parte, en el caso que la persona conozca estos servicios o alguno de ellos, pero no tiene conocimiento que las mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas o mujeres que recientemente hayan tenido un hijo pueden beneficiarse de los mismos.</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>e.o.c.</td> </tr> </table>	}	1	No sabe a quiénes atiende el SUMI o la Ley N° 475 e.o.c.	En las preguntas ¿Ha oído hablar del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) ²⁰ ? y ¿Ha oído hablar de la Ley No. 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral ²¹ ? respondió que no. Por otra parte, en el caso que la persona conozca estos servicios o alguno de ellos, pero no tiene conocimiento que las mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas o mujeres que recientemente hayan tenido un hijo pueden beneficiarse de los mismos.	0	e.o.c.
}	1	No sabe a quiénes atiende el SUMI o la Ley N° 475 e.o.c.		En las preguntas ¿Ha oído hablar del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) ²⁰ ? y ¿Ha oído hablar de la Ley No. 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral ²¹ ? respondió que no. Por otra parte, en el caso que la persona conozca estos servicios o alguno de ellos, pero no tiene conocimiento que las mujeres en edad fértil, mujeres embarazadas o mujeres que recientemente hayan tenido un hijo pueden beneficiarse de los mismos.				
	0	e.o.c.						
Acceso a información relacionada a la infertilidad, ITS, cáncer cérvico uterino y mamario (w=0.33)	Detección de cáncer de útero ²² (w=0.08)	<table border="0"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>1</td> <td>No se ha realizado papanicolaou en los últimos 3 años</td> <td rowspan="2">La mujer en la pregunta <i>¿Se ha realizado el Papanicolaou (PAP) o Inspección Visual con Ácido Acético IVAA para detectar Cáncer del Útero en los últimos tres años?</i> respondió que no o que no sabe.</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>e.o.c.</td> </tr> </table>	}	1	No se ha realizado papanicolaou en los últimos 3 años	La mujer en la pregunta <i>¿Se ha realizado el Papanicolaou (PAP) o Inspección Visual con Ácido Acético IVAA para detectar Cáncer del Útero en los últimos tres años?</i> respondió que no o que no sabe.	0	e.o.c.
	}	1		No se ha realizado papanicolaou en los últimos 3 años	La mujer en la pregunta <i>¿Se ha realizado el Papanicolaou (PAP) o Inspección Visual con Ácido Acético IVAA para detectar Cáncer del Útero en los últimos tres años?</i> respondió que no o que no sabe.			
		0	e.o.c.					
	Conocimiento del cáncer de mama (w=0.08)	<table border="0"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>1</td> <td>No ha escuchado sobre el cáncer de mama</td> <td rowspan="2">La mujer en la pregunta <i>¿Ha escuchado sobre el Cáncer de Mama?</i> respondió que no.</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>e.o.c.</td> </tr> </table>	}	1	No ha escuchado sobre el cáncer de mama	La mujer en la pregunta <i>¿Ha escuchado sobre el Cáncer de Mama?</i> respondió que no.	0	e.o.c.
}	1	No ha escuchado sobre el cáncer de mama		La mujer en la pregunta <i>¿Ha escuchado sobre el Cáncer de Mama?</i> respondió que no.				
	0	e.o.c.						
Conocimiento del VIH/SIDA (w=0.08)	<table border="0"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>1</td> <td>No ha oído hablar sobre el VIH/SIDA</td> <td rowspan="2">La mujer en la pregunta <i>¿Ha oído usted hablar del VIH/SIDA?</i> respondió que no o no sabe.</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>e.o.c.</td> </tr> </table>	}	1	No ha oído hablar sobre el VIH/SIDA	La mujer en la pregunta <i>¿Ha oído usted hablar del VIH/SIDA?</i> respondió que no o no sabe.	0	e.o.c.	
}	1		No ha oído hablar sobre el VIH/SIDA	La mujer en la pregunta <i>¿Ha oído usted hablar del VIH/SIDA?</i> respondió que no o no sabe.				
	0	e.o.c.						
Conocimiento de otras ITS (w=0.08)	<table border="0"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td>1</td> <td>No ha oído hablar de otras ITS aparte del VIH/SIDA</td> <td rowspan="2">La mujer en la pregunta <i>Aparte del VIH/SIDA, ¿usted ha oído hablar de otras infecciones que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?</i> respondió que no.</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>e.o.c.</td> </tr> </table>	}	1	No ha oído hablar de otras ITS aparte del VIH/SIDA	La mujer en la pregunta <i>Aparte del VIH/SIDA, ¿usted ha oído hablar de otras infecciones que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?</i> respondió que no.	0	e.o.c.	
}	1		No ha oído hablar de otras ITS aparte del VIH/SIDA	La mujer en la pregunta <i>Aparte del VIH/SIDA, ¿usted ha oído hablar de otras infecciones que pueden ser transmitidas a través del contacto sexual (venéreas)?</i> respondió que no.				
	0	e.o.c.						

Fuente: Elaboración propia, 2024.

²⁰El 2002, a partir del Decreto Supremo N° 26874, se estable el SUMI para que mujeres embarazadas y niños(as) menores de 5 años puedan acceder a ciertos servicios, como ser atención ambulatoria, hospitalización, tratamientos médicos, insumos, medicamentos, entre otros (Congreso Nacional, 2002).

²¹En 2013 la Ley de prestaciones servicios de salud integral N° 475 se establece para que aquellas mujeres embarazadas, niños(as) menores de 5 años, personas mayores de 60 años, mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva y personas que tengan alguna discapacidad diferente sin seguro de salud accedan a una atención integral y a protección financiera en salud (Congreso Nacional, 2013c).

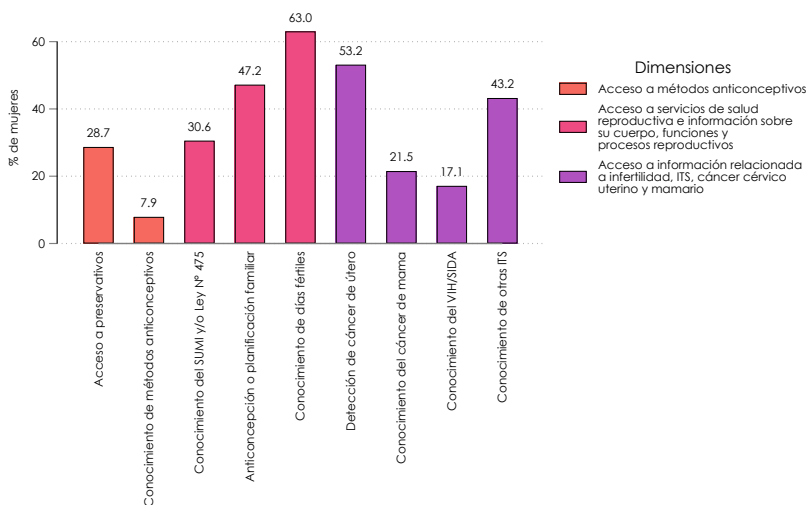
²²El cáncer de cuello uterino es una tumor maligno de células ubicado en el cuello uterino, mismo que puede ir expandiéndose a otros órganos del cuerpo. Esta enfermedad si es detectada a tiempo (mediante la exámenes regulares de Papanicolaou o inspección Visual con Ácido Acético) puede ser diagnosticada y curada evitando el descenso de la persona (UNFPA, 2012).

Con base en los criterios mencionados, se construye un índice que refleja el nivel de privación aproximado de los derechos reproductivos que experimentan las mujeres en edad fértil en Bolivia en 2016. Una medida de este tipo permite identificar con mayor precisión requerimientos específicos de la población en edad fértil, de esta manera se plantean desafíos de políticas más amplios con mayores posibilidades para la acción diferenciada entre grupos de población que enfrentan privaciones diversas.

4. Análisis y resultados

4.1. Resultados generales

Figura 1: Recuentos no censurados



Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

Los conteos no censurados muestran el porcentaje de mujeres en edad fértil que se encuentran privadas en cada uno de los indicadores seleccionados para el índice, independientemente de si la mujer fue identificada como “privada multidimensionalmente” en sus derechos reproductivos o no. En la Figura 1 se observan recuentos superiores al 50 % en los indicadores *conocimiento de días fértiles* y *detección de cáncer de útero* (63.0 % y 53.2 %, respectivamente). Por otro lado, los indicadores con recuentos más bajos son *conocimiento de métodos anticonceptivos* (7.9 %) y *conocimiento del VIH/SIDA* (17.1 %).

Es decir, en promedio, la población femenina de 15 a 49 años de edad experimenta mayores privaciones en las dimensiones de *acceso a servicios de salud reproductiva e información sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos*, y *acceso a información relacionada a la infertilidad, ITS, cáncer cérvico uterino y mamario* (con indicadores con ratios superiores a 43 %). Este patrón sugiere que el problema con el cumplimiento de derechos reproductivos no radica en la falta de acceso a MAC sino en

la falta de información.

Las cifras permiten notar que existirían conflictos para acceder a información relacionada a anticoncepción o planificación familiar, reflejando que las mujeres no ejercen plenamente sus derechos reproductivos pues junto a esta situación se encuentra que este segmento de la población tampoco estaría accediendo a información relacionada con las enfermedades que están involucradas con el proceso mismo de reproducción.

Tabla 4: Índice de privación de los derechos reproductivos en mujeres de 14 a 49 años (resultados agregados)

	Global		
	Mean	Std. Err.	(95 % C.I.)
Indicadores			
Incidencia (H, %)	39.97	(0.84)	[38.32,41.62]
Intensidad (A, %)	58.37	(0.43)	[57.52,59.22]
Incidencia ajustada (M0)	0.23	(0.01)	[0.22,0.24]
Vulnerabilidad (V, %)	17.32	(0.45)	[16.43,18.22]
Severidad (S, %)	23.72	(0.76)	[22.23,25.21]

Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

En la Tabla 4 se presentan los principales indicadores del Índice de Privación de Derechos Reproductivos (IPDR). Respecto a la *incidencia (H)*, esta es igual a 39.9%. Este valor corresponde al porcentaje de mujeres de 14 a 49 años de edad que fueron identificadas como "privadas multidimensionalmente" respecto a sus derechos reproductivos una vez definido el punto de corte $k = 33\%$ y el puntaje de privación c_i .

El siguiente indicador presentado en la Tabla 4 es la *intensidad (A)* igual a 58.3% y representa la proporción promedio de derechos no ejercidos; en otras palabras, cada mujer "privada multidimensionalmente", en promedio, experimenta privaciones en más del 58% de los indicadores ponderados.

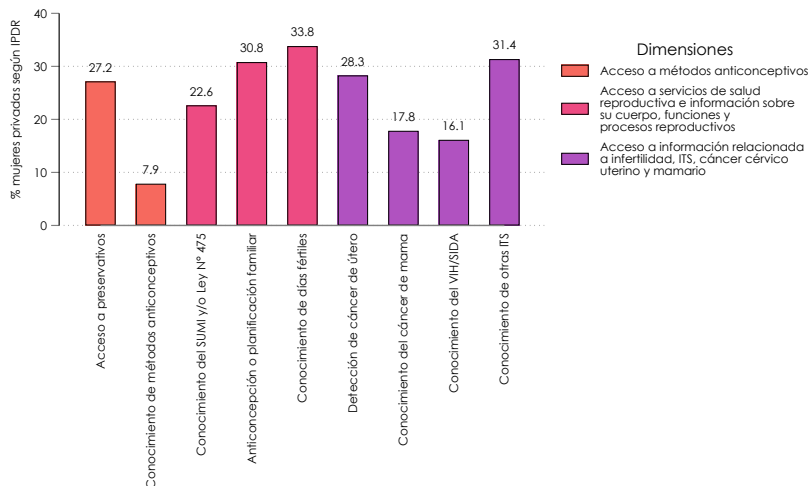
La *incidencia ajustada M₀*, al ser resultado de la multiplicación de la incidencia y la intensidad, refleja tanto la proporción de mujeres en edad fértil que se encuentran en situación de privación multidimensional respecto a sus derechos reproductivos como el grado de privación que experimentan. Este valor es igual 0.23 (en términos porcentuales 23%) de la población femenina de 14 a 49 años de edad para el umbral de derechos no ejercidos $k = 33\%$.

Adicionalmente, en la Tabla 4 se presentan otros indicadores. El primero corresponde a las mujeres vulnerables, quienes son identificadas como tal si su puntaje de privación se encuentra entre el 20% y 33% del total de los indicadores ponderados. Esta cifra es importante porque advierte que 17.3% de las mujeres en edad fértil están próximas al umbral $k = 33\%$ y el incremento de una privación adicional podría convertirlas en "privadas multidimensionales" respecto a sus derechos reproductivos.

El segundo índice, severidad, contempla a la población femenina de 15 a 49 años de edad que tienen un puntaje de privación igual o superior al 50% y son mujeres que

estarían privadas en dos dimensiones o más, o de forma equivalente, en 5 indicadores o más. Los resultados indican que alrededor de un cuarto (23.7 %) de las mujeres en edad fértil "privadas" experimenta privaciones en la mayoría de los indicadores que representan, en su conjunto, sus derechos reproductivos.

Figura 2: Recuentos censurados



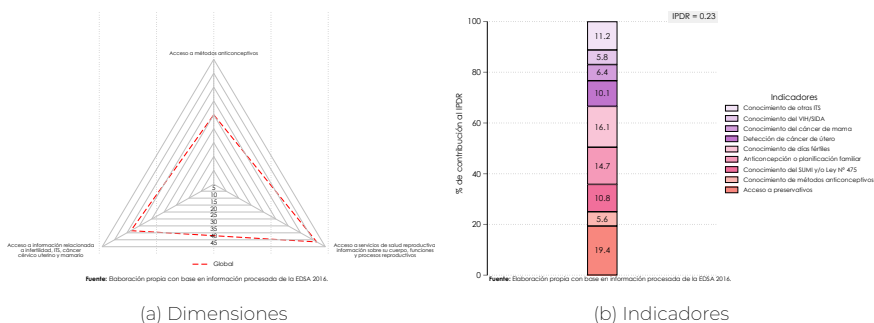
Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

La medida M_0 tiene una propiedad que la hace aún más práctica: el desglose dimensional. Esta propiedad permite calcular el porcentaje de la población que es multidimensionalmente privada y simultáneamente privada en cada indicador. Esto se conoce como el recuento censurado. En la Figura 2, se observa a las mujeres que son "privadas multidimensionalmente" respecto a sus derechos reproductivos y, a su vez, se encuentran privadas en un determinado indicador.

Se aprecia que los ratios más altos en los indicadores del recuento censurado son cercanos a los recuentos no censurados, pero un factor que destaca es que tanto el acceso a preservativos como el conocimiento de métodos anticonceptivos parecen no presentar cambios significativos entre un recuento y otro.

Si bien el recuento censurado muestra el alcance de las privaciones entre las mujeres privadas, el mismo no refleja el peso relativo que tiene cada indicador a la medida global (M_0). Por ejemplo, dos indicadores pueden tener los mismos índices de recuento censurados pero diferentes contribuciones a la pobreza general, porque la contribución depende tanto del índice de recuento censurado como del peso asignado a cada indicador.

Figura 3: Contribución de las dimensiones e indicadores al IPDR



En la Figura 3a se presenta la contribución porcentual de cada dimensión a la medida de privación multidimensional y se observa que la dimensión *acceso a servicios de salud reproductiva e información sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos* tiene un peso relativo mayor al resto de las otras dimensiones (41.5 %). En segundo lugar, se encuentra la dimensión *acceso a información relacionada a la infertilidad, ITS, cáncer cérvico uterino y mamario* (33.4 %), en tercer lugar, la dimensión que tiene una menor contribución a la medida de privación es el *acceso a métodos anticonceptivos* (25.0 %).

Analizando la información a nivel de indicadores, la Figura 3b permite apreciar que el indicador con la contribución más alta al IPDR es el acceso a preservativos (19.4 % pese a que solo se le asignó un peso relativo de 16.6 %), esto demuestra que las mujeres “privadas” respecto a sus derechos reproductivos no sabrían donde conseguir preservativos o si pudieran acceder a este método anticonceptivo no lo obtendrían de un lugar seguro (hospitales, clínicas, farmacias, entre otros).

Asimismo, otro indicador que presentó una alta contribución está relacionado con el hecho de que las mujeres en edad fértil conozcan con certeza cuáles son los días fértiles (16.1 %, pese a que solo le fue asignado un peso relativo igual a 11.1 %). Reflejando que la falta de acceso y conocimiento sobre los métodos anticonceptivos convencionalmente utilizados por mujeres en edad fértil estarían explicando la privación en sus derechos reproductivos.

Un tercer indicador que tiene una contribución alta (14.7 %) es la anticoncepción o planificación familiar, pues demuestra que en la población femenina en edad fértil existe una falta de exposición a información relacionada a planificación familiar o anticoncepción ni a través de medios audiovisuales y escritos (televisión, radio, periódicos/revistas) ni a través de Internet, resultando perjudicial para la capacidad de ejercer sus derechos reproductivos y sexuales.

Los indicadores detección de cáncer de útero y conocimiento de otras ITS tienen una contribución alrededor de 10.0 %, esto demuestra que también es fundamental promover la realización de papanicolaou dado que dentro de los recuentos censurados 28.3 % no se habrían realizado esta prueba en los últimos 3 años previos a la encuesta y, varios son los factores que puede estar asociados entre ellos: desconocimiento de la prueba, prohibición de la pareja por acudir a consultas ginecológicas, recursos económicos, etc. Al mismo tiempo, 31.4 % no tenía conocimiento de otras enfermedades

transmitidas a través del contacto sexual aparte del VIH/SIDA.

Por último, también destaca el indicador de conocimiento del SMI o la Ley 475, con una contribución del 10.8 %, resaltando la falta de conocimiento por parte de las mujeres en edad fértil de ciertos beneficios a los que podría acceder en la etapa fértil, así como durante la etapa de gestación y posterior al parto. El resto de los indicadores tiene una contribución menor a 2 dígitos.

Por lo expuesto, se identifica que el derecho a tener la posibilidad de alcanzar el máximo bienestar y la mejor calidad de vida no es logrado por las mujeres en edad fértil en Bolivia. Existen brechas, particularmente de información, que aún no están siendo atendidas, reflejando elevados niveles de privación asociados con el grado que alcanza el incumplimiento de derechos reproductivos en la sociedad.

4.2. Resultados desagregados

4.2.1. Según área

Para una mejor comprensión de la distribución de la privación respecto a los derechos reproductivos de la población femenina entre 14 y 49 años de edad se realiza una descomposición según el área de residencia. En cuanto a los índices del IPDR, la incidencia del área urbana es solo 29.5 %, mientras que en el área rural esta cifra, aproximadamente, se duplica (68.1 %). Por su parte, en la intensidad se observa una variación de 11.1 puntos porcentuales (pp) entre el área urbana y rural (53.2 % y 64.4 %, respectivamente)²³.

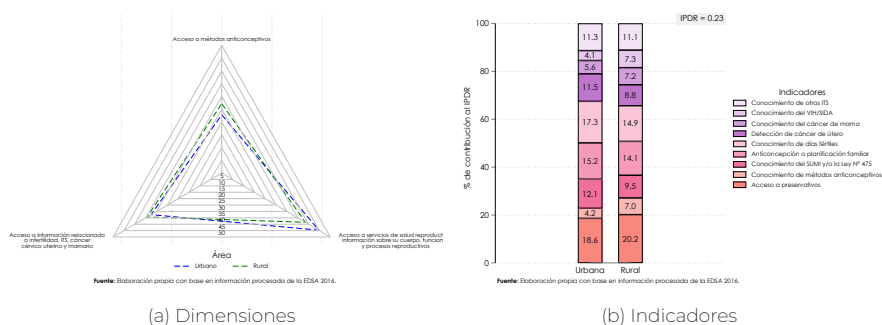
En el caso de la medida M_0 se advierte que en el área urbana esta llega a ser dos veces inferior respecto al área rural (0.16 y 0.44, respectivamente), esto es explicado principalmente por la fuerte incidencia de privaciones ya que en términos de intensidad la brecha entre ambas áreas se acorta. En el caso de la vulnerabilidad, en el área urbana es donde se encuentra un porcentaje mayor de mujeres en edad fértil que podrían llegar a ser privadas multidimensionales (19.4 %). Sin embargo, en la severidad se advierte un comportamiento similar respecto a los otros índices y es que en el área rural es donde se aprecia un porcentaje de mujeres con mayores privaciones (48.9 %).

En la Figura 4a, también se observa un patrón común, pues sea en el área urbana o en el área rural la dimensión de acceso a servicios de salud reproductiva e información sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos tiene una mayor contribución al IPDR, sin embargo, tiene una mayor connotación en las urbes que en áreas rurales (44.6 % vs. 38.5 %).

En cuanto a la contribución de los indicadores, en la Figura 4b se observa que la jerarquía de la contribución de los indicadores respecto al índice para las mujeres en edad fértil "privadas" en sus derechos reproductivos es similar en ambas áreas, donde el acceso a preservativos tiene una mayor contribución. En el área urbana la contribución es igual a 18.6 %, mientras que en el área rural es de alrededor del 20 %.

²³ Consultar Tabla 6 en Apéndice B.

Figura 4: Contribución de las dimensiones e indicadores, según área



Otro indicador que presenta una alta contribución tanto en el área urbana como en el área rural es el desconocimiento de días fértiles, pero en proporciones diferentes (17.3 % y 14.9 %, respectivamente), este aspecto conlleva a que las mujeres de esta área no puedan tomar decisiones informadas para llevar a cabo su derecho a decidir si desean tener hijos(as), cuántos desean tener y el momento en que desean tenerlos de manera libre y responsable.

Los resultados exhiben que la privación respecto a los derechos reproductivos se encuentra marcada por la alta incidencia que se registra en el área rural. Ahora bien es importante también reconocer que la privación de los derechos reproductivos puede estar estrechamente ligada a aspectos culturales pues la concepción de la temática puede ser vista -o incluso podría ser un tema ignorado- de diferentes maneras en estas áreas.

4.2.2. Según región

Los resultados a nivel de región también presentan diferencias. En la región altiplánica la incidencia es mayor (47.7 %) mientras que en las llanuras es donde se observa una incidencia menor (31.7 %). Por su parte, la intensidad sigue el mismo patrón que la incidencia mostrando que en el altiplano es donde se concentra el mayor grupo de mujeres en edad fértil “privadas” respecto a sus derechos reproductivos.

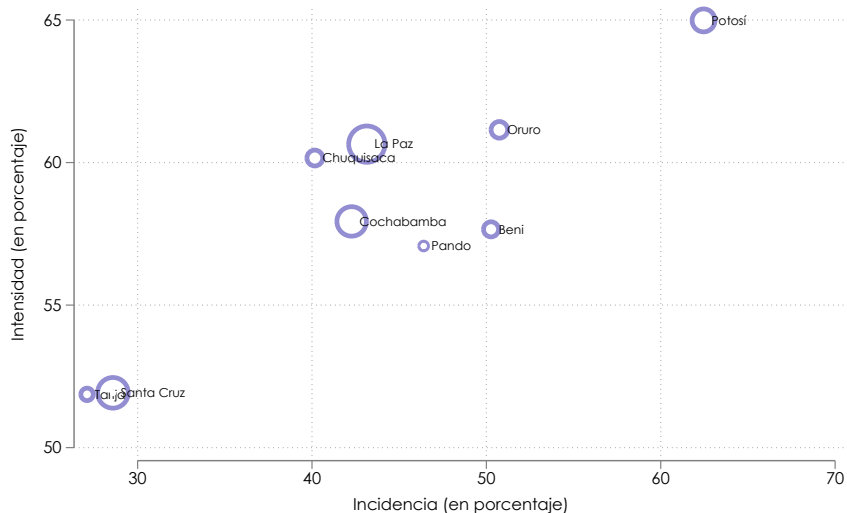
Un aspecto que vale la pena destacar es que el mayor porcentaje de mujeres vulnerables se encuentra en la región de los llanos (21.1 %), sin embargo, en los valles y el altiplano el porcentaje de vulnerabilidad es aproximadamente el mismo (15.9 % y 15.0 %, respectivamente). Con relación a la severidad, nuevamente la región del altiplano es donde se presenta un porcentaje mayor con relación a la privación de derechos reproductivos (31.6 %) ²⁴.

En la Figura 5 se aprecia que cuanto mayor es la incidencia, mayor es la intensidad de la privación en los derechos reproductivos que tienden a experimentar las mujeres entre 14 y 49 años de edad de Bolivia. El departamento de Potosí se encuentra en un extremo, mientras que un polo opuesto se ubica el departamento de Tarija. A su vez, en la Figura se presenta el número de mujeres “privadas”, en términos absolutos, representado por el tamaño de la burbuja, permitiendo identificar que en el eje troncal

²⁴ Consultar Tabla 7 en Apéndice B.

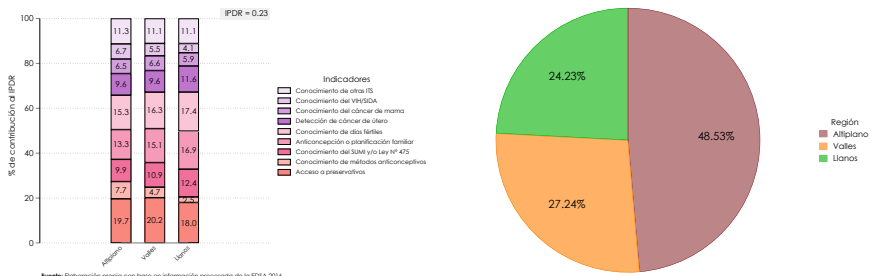
del país (liderando La Paz, seguido por Santa Cruz y Cochabamba) y Potosí se encuentra la mayor cantidad de población femenina "privada".

Figura 5: Incidencia e intensidad de la pobreza por departamento



Nota: El tamaño de cada burbuja muestra el número de mujeres privadas por departamento.
Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

Figura 6: Contribución de los indicadores y descomposición del M_0 , según región



Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

En la Figura 6a se presenta la contribución que tienen los indicadores, y expone un patrón interesante pues a medida que se avanza de occidente a oriente la contribución de los indicadores de las dimensiones *acceso a métodos anticonceptivos* y *acceso a información relacionada a la infertilidad, ITS, cáncer cérvico uterino y mamario* disminuye, mientras que la contribución de las dimensiones *acceso a servicios de salud reproductiva e información sobre su cuerpo, sus funciones y los procesos reproductivos*

vos se incrementa.

Al igual que en el caso de la desagregación por área, en las regiones de altiplano, valles y llanos el indicador acceso a preservativos presenta la mayor contribución sobre el IPDR. El segundo indicador que tiene una mayor contribución es el conocimiento de días fértiles seguido de la anticoncepción o planificación familiar.

Según los resultados de la EDSA 2016, 47.0 % de las mujeres que habitan en los llanos no han visto o escuchado mensajes de planificación familiar en la radio, televisión, medios escritos e internet en los meses anteriores a la encuesta. En las regiones del altiplano y los valles estos porcentajes alcanzan a 46.4 % y 45.5 %, respectivamente.

En resumen, con relación a la descomposición del IPDR por región se observa que la mayor contribución la tiene la región altiplánica, es decir, las intervenciones (programas y/o políticas) que vayan o estén siendo desarrolladas deberán prestar especial atención a la población femenina en edad fértil que se encuentra en esta región. Si bien estos resultados manifiestan en las áreas donde se requiere un mayor foco en cuanto a políticas o acciones a tomar, es importante considerar que las diferencias geográficas, socioeconómicas y culturales pueden llegar a explicar de mejor manera el porque de la presencia de estas diferencias.

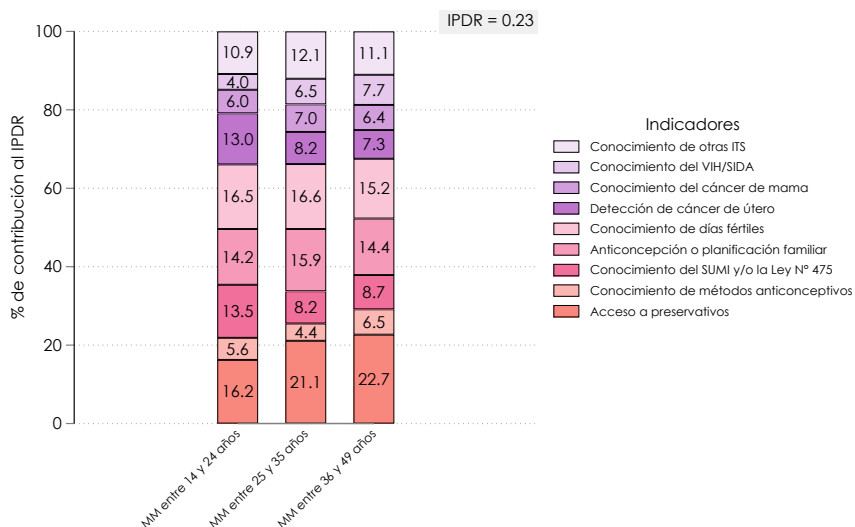
4.2.3. Según grupo de edad

Un fenómeno que se observa cuando se realizan desagregaciones por grupo de edad es que la incidencia es menor en mujeres que tienen entre 25 y 35 años de edad, en segundo lugar con una incidencia de 41.1 % las mujeres más longevas entre 36 y 49 años de edad y, con una incidencia mayor las mujeres entre 14 y 24 años de edad (47.6 %). Sin embargo, en términos de intensidad el panorama es diferente pues son las mujeres de 36 a 49 años de edad las que presentan la cifra más alta (60.4 %).

Por lo descrito, la incidencia de privación ajustada es mayor en las mujeres de entre 14 y 24 años. Asimismo, la severidad es mayor para este grupo etario (27.7 %), así como la vulnerabilidad (19.8 %).

Respecto a las contribuciones que tienen los indicadores que componen el IPDR se registran importantes diferencias entre los grupos etarios. Si bien continúan siendo los indicadores acceso a preservativos y el conocimiento de los días fértiles los que presentan aportes más altos a la medida de privación, llama la atención, el indicador detección de cáncer de útero que tiene un aporte de 13.0 % para las mujeres fértiles entre 14 y 24 años de edad. El hecho de que este indicador tenga peculiar importancia está relacionado con que, según datos de la EDSA 2016, solo 5.4 % de las mujeres entre 14 y 19 años de edad y 37.1 de las mujeres entre 20 y 24 años de edad se han realizado la prueba de papanicolaou en los 3 años precedentes al año de la encuesta frente a más del 60 % de las mujeres de entre 25 y 49 años de edad que se han realizado este examen.

Figura 7: Contribución de los indicadores al IPDR, según grupo de edad



Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

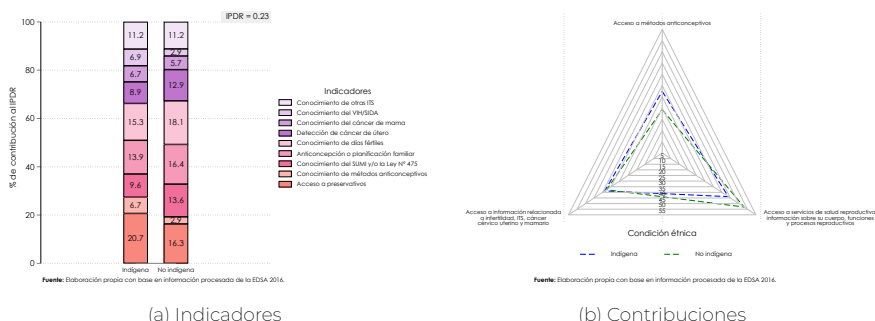
Por lo mencionado no debería ser alarmante que este indicador tenga una contribución alta para el grupo etario más joven pues la edad recomendada para iniciar con este tipo de estudios son los 21 años de edad (Standford Medicine, s.f) y dado que el índice se enfoca en las privaciones tiene sentido que sea este indicador el que presente una participación mayor a 2 dígitos. Sin embargo, merece la pena destacar el cáncer de cuello uterino es el cuarto cáncer más frecuente en la mujer, con una incidencia estimada de 604,000 nuevos casos en 2020. De las 342,000 muertes estimadas por cáncer de cuello uterino en 2020, más del 90 % tuvieron lugar en los países de ingresos bajos y medianos (Organización Mundial de la Salud, s.f.). En Bolivia la incidencia de bruta de cáncer cervicouterino para 2020 era igual a 34.1 por cada 100,000 mujeres, en términos absolutos 1100 muertes femeninas en 2019 fueron a causa del cáncer cervicouterino.

Las cifras mencionadas resaltan la alta vulnerabilidad que experimentan las mujeres particularmente en el inicio de la edad fértil (14 a 24 años) siendo de interés fomentar a mejorar las condiciones de acceso y particularmente de conocimiento previo o durante esta etapa. Por otra parte, también es importante recalcar la importancia de realizarse la prueba de papanicolaou pues este examen pretende encontrar cambios en las células del cuello uterino que son precursoras del cáncer, antes de que empiecen a causar síntomas y, por tanto, permite que los tratamientos sean eficaces. Por tanto, es un componente importante de los derechos reproductivos de las mujeres.

4.2.4. Según condición indígena

Según la condición de indígena²⁵ se aprecian brechas importantes, las mujeres en edad fértil que fueron clasificadas como indígenas en general enfrentan mayores privaciones en los indicadores respecto de aquellas mujeres que no tuvieron esa clasificación. Por ejemplo, la incidencia y la intensidad de las mujeres indígenas se posiciona en alrededor 10 puntos porcentuales o más en comparación a las mujeres no indígenas, tendencia en brechas que esta presente en el resto de los indicadores con excepción del indicador de vulnerabilidad. Este último indicador (vulnerabilidad) muestra que el 19.8% de las mujeres categorizadas como no indígenas se encuentran más cercana al umbral $k = 33\%$ en comparación con solo el 14.9% de las mujeres categorizadas como indígenas.

Figura 8: Contribución de los indicadores y las dimensiones, según condición indígena



En cuanto a las contribuciones de los indicadores se aprecia que los indicadores i) acceso a preservativos ii) conocimiento de días fértiles y iii) anticoncepción o planificación familiar presentan las más altas contribuciones en ambos índices, sin embargo, se observan ciertas diferencias en cuanto a la jerarquía de las mismas (Figura 8a). Por un lado, en las mujeres indígenas predominan las contribuciones del acceso a preservativos y el conocimiento de días fértiles, evidenciando problemas tanto de acceso como de información. Por otro lado, en las mujeres no indígenas resaltan los indicadores conocimiento de días fértiles y anticoncepción o planificación familiar, poniendo en relieve los problemas en cuanto a la falta de conocimiento en cuanto a anticoncepción y planificación familiar. Resultados que también se observan en el caso de las contribuciones de las dimensiones (Figura 8b).

Estos resultados ponen en evidencia la alta vulnerabilidad que experimentan las mujeres indígenas en el país en sus derechos reproductivos, donde la atención y el trabajo para la mejora en sus condiciones no solo debe centrarse en una dimensión si no en un trabajo en todas las aristas de los derechos reproductivos.

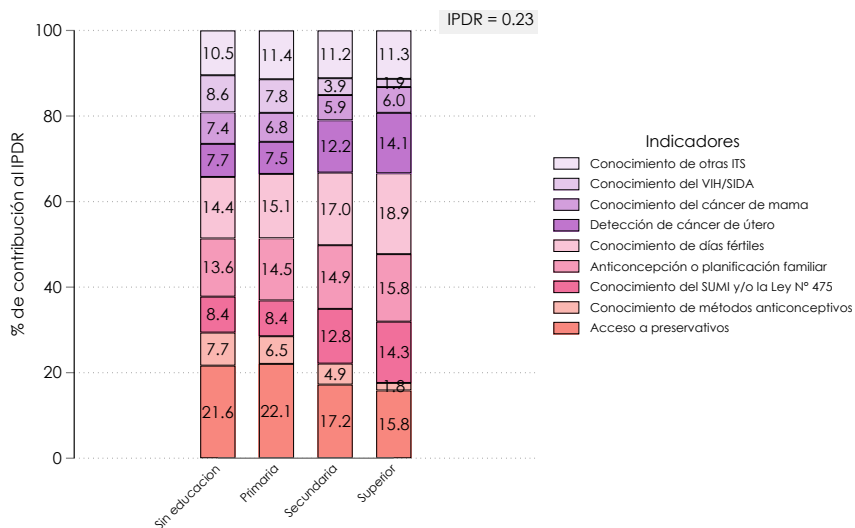
4.2.5. Según nivel educativo

En los resultados de acuerdo al nivel educativo sucede que a medida que las mujeres en edad fértil tienen mayores niveles de educación menores son los niveles de

²⁵Para la clasificación de una mujer como indígena o no indígena se emplearon 3 criterios: i) si la mujer habla principalmente un idioma nativo, o ii) si el idioma que aprendió a hablar en su niñez era nativo, o iii) si la mujer pertenece a un pueblo indígena originario campesino.

incidencia, intensidad, IPDR y severidad. Sin embargo, en el indicador de vulnerabilidad se observa un fenómeno inverso siendo las mujeres con mejores niveles educativos quienes son más vulnerables a considerarse multidimensionalmente privadas de sus derechos²⁶.

Figura 9: Contribución de los indicadores al M_0 , según nivel educativo



Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

En el caso de la contribución de los indicadores también se aprecian marcadas diferencias pues, por ejemplo, en mujeres que no han estudiado o el máximo nivel de instrucción alcanzado es el primario o secundario, los indicadores que tienen mayor contribución son: acceso a preservativos, conocimiento de días fértiles, anticoncepción o planificación familiar a través de medios audiovisuales o escritos. En cambio en mujeres que alcanzaron a estudiar algún curso de educación superior cambia un poco la estructura pues de acuerdo al porcentaje de contribución a la medida de privación se encuentran: conocimiento de días fértiles, conocimiento de métodos anticonceptivos, anticoncepción o planificación familiar, detección de cáncer de útero y de normativa relacionada (SUMI y la ley Nro. 475).

En las desagregaciones anteriores se hizo hincapié en diferentes indicadores sin embargo, se dejó de lado el conocimiento de otras ITS que son altamente contagiosas y van en ascenso a nivel mundial²⁷. La mayoría de ITS son tratables, excepto el VIH, causante del SIDA. Por lo anterior es importante el conocimiento de las mismas en caso de padecer una ITS.

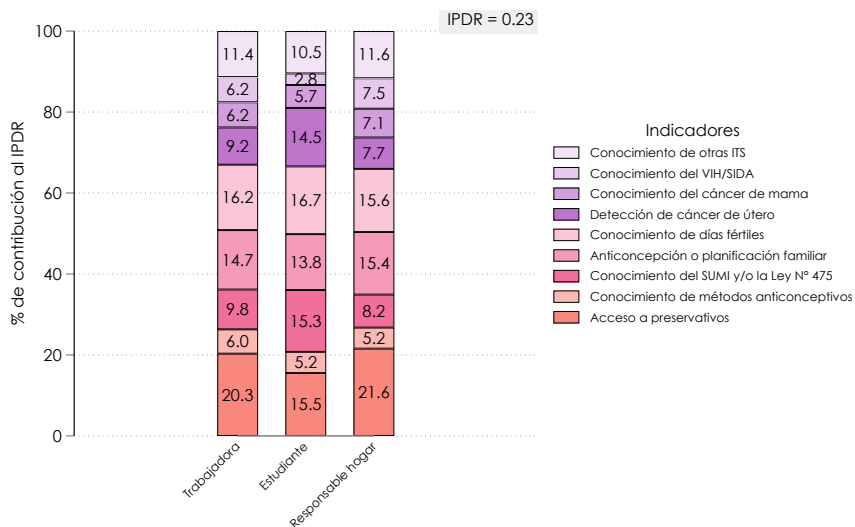
²⁶Consultar Tabla 10 en Apéndice B.

²⁷Clamidia, gonorrea, herpes, verrugas genitales y sífilis.

4.2.6. Actividad principal de la mujer

Respecto a la clasificación de las actividades que realizan las mujeres en edad fértil²⁸ son las estudiantes el grupo poblacional femenino en edad fértil que experimenta una mayor incidencia de privación en cuanto a sus derechos reproductivos (49.0%), seguido por las responsables del hogar (45.2%) y con la menor incidencia las mujeres que se encuentra ocupadas realizando alguna actividad laboral (33.1%). Patrón que se observa en el resto de indicadores (intensidad, incidencia ajustada, vulnerabilidad y severidad).

Figura 10: Contribución de los indicadores al M_0 , según actividad principal



Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

Respecto con la contribución de los indicadores sobre el IPDR si bien para los tres grupos de análisis los indicadores de acceso a preservativos, conocimiento de los días fértiles y de anticoncepción o planificación familiar tienen altas contribuciones, es importante destacar que para las estudiantes también destacan las dimensiones de conocimiento de cáncer de útero y respecto a normativa en relación a la temática (SUMI y la ley Nro. 475).

En resumen, las estudiantes y las mujeres responsables del hogar tienden a presentar mayores privaciones en cuanto a sus derechos reproductivos, siendo un aspecto de interés para el gobierno para focalizar sus acciones particularmente en estos grupos.

²⁸Se excluye del análisis a mujeres enfermas o discapacitadas por presentar estimaciones con un coeficiente de variación superior al 20%.

5. Conclusiones, recomendaciones e implicaciones

5.1. Conclusiones

Los derechos reproductivos dan la capacidad a todas las personas de decidir y determinar su vida reproductiva, pero cuando existen privaciones en las diferentes dimensiones que lo componen entonces existen limitaciones en la capacidad de decidir y tomar decisiones propias. Es así que el estudio, como una primera aproximación en la literatura cuantitativa del tema, muestra el estado de los derechos reproductivos en la población femenina que se encontraba en edad fértil durante el año 2016.

El Estado Plurinacional de Bolivia, en el contexto de la actual política de salud, ha ido desarrollando acciones importantes en el marco del Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2009 - 2015 que contribuyeron principalmente al conocimiento del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos sobre todo en lo que se refiere a la decisión de cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, aunque todavía persisten brechas en lo que se refiere al acceso universal.

De las diferentes desagregaciones se advierte que programas o políticas que vayan a prestar atención a los derechos reproductivos de mujeres en edad fértil deben comprender y desarrollar mecanismos diferenciando no solo el área o región de residencia, sino también aspecto culturales como la condición indígena o aspectos económicos como el nivel de estudios o el estado de ocupación, así como el grupo etario para que las intervenciones que se realicen sean en pro de mejorar los resultados presentados en este documento.

Se identifica que las personas residentes en áreas rurales, de la región del altiplano, que se identifican como personas indígenas, que tienen entre 14 y 24 años, con niveles bajos de educación o que actualmente son estudiantes o responsables del hogar son quienes en general presentan mayores privaciones en cuanto a sus derechos reproductivos. Identificando el acceso a preservativos y a información respecto a ITS, servicios de salud reproductiva, información sobre procesos reproductivos y respecto a normativa relacionada como las principales aristas a trabajar.

Dado que en unos años será posible acceder a los datos de la Encuesta de Demografía y Salud 2023 se recomienda repetir el ejercicio del índice procurando: i) replicar la metodología, con el objetivo de observar variaciones temporales, pues si se presentaran mostrarían que el problema de los déficits en el ejercicio de los derechos reproductivos de la población femenina boliviana tendría un carácter más estructural; y ii) explorar nuevos indicadores que podrían ser incorporados para robustecer temáticamente la medida.

Las limitaciones de la investigación están ligadas a la disponibilidad de información pues habitualmente en las encuestas de demografía y salud se cambia la redacción de las preguntas y, adicionalmente, en Bolivia, esta encuesta no tiene una periodicidad definida (como claro ejemplo su trayectoria: 1994, 1998, 2003, 2008, 2016, 2023) y para explorar la temática desde un punto de vista cuantitativo se circunscribe principalmente al uso de esta información.

Queda claro que cuando se analizan los derechos reproductivos se los aborda de forma aislada y se tiende a ignorar otro conjunto de derechos que inciden en la calidad de vida de las mujeres y cuya situación debería considerarse con la misma importancia en las decisiones de política pública. En esta aplicación se enfatiza en la especificación de esos otros derechos.

El documento espera contribuir a la evaluación y establecimiento de políticas públicas multisectoriales en beneficio de la población femenina en edad fértil en Bolivia porque, a pesar de la institucionalidad vigente, la distancia entre la normativa y la realidad se refleja en un elevado nivel de privación relacionado con el incumplimiento de los derechos reproductivos.

5.2. Recomendaciones

Con los resultados presentados se revela la necesidad de planear futuros esfuerzos de difusión de información sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva, pues un poco más del 50 % de las mujeres tiene exposición a información relacionada con sus derechos reproductivos y el resto no.

Esto demuestra que son necesarias campañas que se enfoquen en expandir el conocimiento de los días en los que una mujer es fértil, dado que según datos de la EDSA 2016, 36,9 % de las mujeres unidas en el área rural no utiliza ningún método de anti-concepción y 25,3 % utiliza métodos de anticoncepción tradicionales²⁹.

Esto implica que el papel que juegan los medios de comunicación en la promoción de planificación familiar tendrá impactos significativos en la reducción de la medida de privación para esta región en particular.

Si bien la información presentada respecto a un panorama general de las privaciones que experimentan las mujeres en cuanto a sus derechos reproductivos y diferenciada por sus características sociodemográficas sirve como herramienta para mejorar la formulación o implementación de acciones o estrategias públicas, se recomienda incentivar instancias privadas o públicas a la generación de datos con mayor profundidad, permitiendo así generar mayor discusión en la temática. Además, se recomienda implementar metodologías cualitativas o híbridas al tema con el objeto de profundizar el contexto y los motivos del porque de la presencia de estas falencias.

Las estimaciones del índice abren oportunidades para una comprensión amplia de la situación que atraviesan las mujeres en edad fértil, aspecto que podrían derivar en políticas más adecuadas para grupos específicos. Temas como el acceso a servicios de salud reproductiva y sexual e información sobre su cuerpo, sus funciones, y procesos involucran a distinto sectores con posibilidad de mejorar la vida de las mujeres desde distintos espacios institucionales, (públicos, privados, nacionales, departamentales, municipales).

²⁹Entre los cuales se encuentran: i) el método de abstinencia periódica (o ritmo), ii) el coito interrumpido, y iii) el empleo de hierbas tradicionales.

Referencias

- Alkire, S., y Foster, J. (2011). Counting and multidimensional poverty measurement. *Journal of Public Economics*, 476-487.
- Alkire, S., Roche, J. M., Ballon, P., Foster, J., Santos, M. E., y Seth, S. (2015). Multidimensional poverty measurement and analysis.
- Alkire, S., y Santos, M. E. (2014). Measuring acute poverty in the developing world: Robustness and scope of the multidimensional poverty index. *World Development*, 59, 251-274.
- Centro de Investigación y Educación Sexual y Reproductiva. (s.f.). *Derechos sexuales y derechos reproductivos*. <https://www.cies.org.bo/index.php/derechos-sexuales-y-reproductivos/>. (Fecha de consulta: 06-06-2022)
- CEPAL. (2020). El impacto de covid-19 en el acceso a los anticonceptivos en américa latina y el caribe - informe técnico.
- Congreso Nacional. (1999). *Ley del código del niño, niña y adolescente n° 2026*. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. (https://oig.cepal.org/sites/default/files/1999_ley2026_bol.pdf)
- Congreso Nacional. (2002). *Reglamento de prestaciones y gestión del seguro universal materno infantil*. <https://webapps.ilo.org/dyn/travail/docs/1461/REGLAMENTO%20DE%20PRESTACIONES%20Y%20GESTIONES%20DEL%20SEGURO%20UNIVERSAL%20MATERNO%20INFANTIL.pdf>. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Congreso Nacional. (2007). *Ley para la prevención del vih-sida, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para la personas que viven con el vih-sida n° 3729*. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. (<https://oig.cepal.org/es/laws/8/country/bolivia-6>)
- Congreso Nacional. (2008). *Decreto supremo n° 29850 - plan nacional para la igualdad de oportunidades*. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. (<https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-29850.html>)
- Congreso Nacional. (2009). *Constitución política del estado plurinacional de bolivia*. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. (https://oig.cepal.org/sites/default/files/1999_ley2026_bol.pdf)
- Congreso Nacional. (2010). *Ley contra el racismo y toda forma de discriminación n° 045*. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/85095/95072/F803428365/BOL85095.pdf>)
- Congreso Nacional. (2012a). *Ley contra la trata y tráfico de personas n° 263*. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. (https://oig.cepal.org/sites/default/files/ley263contralatrataytraficodepersonas_bol_2012.pdf)
- Congreso Nacional. (2012b). *Ley general para personas con discapacidad n° 223*. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. (https://oig.cepal.org/sites/default/files/2012_ley223_bol.pdf)

- Congreso Nacional. (2013a). *Ley de la juventud n° 342*. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. (
https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_ley342_bol.pdf)
- Congreso Nacional. (2013b). *Ley de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de bolivia n° 475*. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. (
<https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/L475.pdf>)
- Congreso Nacional. (2013c). *Ley de prestaciones servicios de salud integral del estado plurinacional de bolivia*. <https://minalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/L475.pdf>. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Congreso Nacional. (2013d). *Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia n° 348*. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. (
https://oig.cepal.org/sites/default/files/2013_bol_ley348.pdf)
- Congreso Nacional. (2014a). *Decreto supremo n° 2145 - reglamento a la ley n°348 para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia*. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. (
http://www.coordinadoradelamujer.org.bo/observatorio/archivos/marco/70_DS_2145_330.pdf)
- Congreso Nacional. (2014b). *Ley del nódigo del niño, niña y adolescente n° 548*. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. (
http://www.coordinadoradelamujer.org.bo/observatorio/archivos/marco/1548_389.pdf)
- Congreso Nacional. (2014c). *Sentencia constitucional plurinacional 0206/2014 sobre aborto*. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia. (
http://www.coordinadoradelamujer.org.bo/observatorio/archivos/marco/sentencia206_439.pdf)
- Congreso Nacional. (2016). *Ley de identidad de género n° 807*. (
<https://www.derechoteca.com/gacetabolivia/ley-no-807-del-21-de-mayo-de-2016/>)
- Cooperación MILES. (2020). Acceso a la salud sexual y reproductiva durante la pandemia, Chile.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas - Bolivia. (2017). Derechos sexuales y reproductivos, los más humanos de los derechos.
- Foster, J., Greer, J., y Thorbecke, E. (1984). A class of decomposable poverty measures. *Econometrica: journal of the econometric society*, 761-766.
- Garraza, L. G., Tobar, F., y Rodríguez Bernate, I. (2020). Out-of-pocket spending for contraceptives in latin america. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(2), 1833429.
- Gobierno Autónomo Municipal de La Paz - Oficialía Mayor de Desarrollo Humano Dirección de Género y Generacionales. (2014-2019). *Plan municipal de derechos sexuales y derechos reproductivos "mi cuerpo, mi territorio"*. (
<https://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb37468d177017749b636961291>)

- Gómez Inclán, S., y Durán Arenas, L. (2017). El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública México*, 59(3), 296–247.
- Hernández Bohórquez, L. M., y Rodríguez Rodríguez, D. M. (2016). *Factores asociados a embarazo no deseado en mujeres en edad reproductiva en Colombia*. Colombia, Bogotá: Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Estudio temático de salud sexual y reproductiva, encuestas de demografía y salud 2008 y 2016*. Bolivia: INE.
- Instituto Nacional de Estadística. (2019). *Encuesta de demografía y salud 2016*. Bolivia: INE.
- IPAS Bolivia. (2016). Los derechos sexuales y derechos reproductivos son derechos humanos.
- King, E. (2003). *Conocimiento e impedimentos de métodos anticonceptivos: Las mujeres del centro de salud en cerro verde, cochabamba*. Bolivia: School for International Studies Bolivia: Cultura y Desarrollo.
- Maduekwe, E. (2018). Women in agriculture: Application of alkire foster method of counting multidimensional deprivation towards building a human recognition index for women in malawi. *Desacatos*.
- Ministerio de Plannificación del Desarrollo. (2021). *Plan de desarrollo económico social 2021 - 2025*. MPD.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2009-2013). *Plan nacional para la salud integral de la adolescencia y juventud boliviana*. Estado Plurinacional de Bolivia. (<https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/npns01-2.pdf>)
- Ministerio de Salud y Deportes. (2009-2015). *Plan estratégico nacional de salud sexual y reproductiva*. https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/redes_salud/PLAN%20ESTRATEGICO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20Y%20REPRODUCTIVA.pdf. Estado Plurinacional de Bolivia.
- Montes de Oca, A. (2013). Estudiantes universitarios frente a las infecciones de transmisión sexual. un estudio de audiencia desde la comunicación para la salud. *Correspondencias & análisis*(3), 367–381.
- Núñez Urquiza, R., Hernández Prado, B., García Barrios, C., González, D., Walker, D., y cols. (2003). Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Pública México*, 45(1), 92 – 102.
- Organización de las Naciones Unidas. (s.f.). *Derechos humanos - derechos sexuales y reproductivos*. <https://hchr.org.mx/historias-destacadas/derechos-sexuales-y-reproductivos-2/>. (Fecha de consulta: 06-06-2022)
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Cáncer cérvico uterino*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>. (Fecha de consulta: 03-10-2023)
- Organización de Naciones Unidas - Derechos Humanos. (s.f.). *Salud y derechos sexuales y reproductivos*. Descargado de <https://www.ohchr.org/es/node/3447/sexual-and-reproductive-health-and-rights>

- Organización de Naciones Unidas - Derechos Humanos. (2024, Mayo). *Derechos sexuales y reproductivos*. Descargado de <https://hchr.org.mx/historias-destacadas/derechos-sexuales-y-reproductivos-2/>
- Ortega, A., Armenta, C., García, H., y García, J. (2020). Índice de vulnerabilidad en la infraestructura de la vivienda ante el covid-19 en México. *Notas de Población N° 111*.
- Pacifico, D., y Poege, F. (2017). Estimating measures of multidimensional poverty with stata. *The Stata Journal*, 17(3), 687–703.
- Puig Borrás, C., y Montalvo, P. (2011). Infecciones de transmisión sexual, vih y sida: una aproximación a conocimientos, actitudes y prácticas de poblaciones adultas y jóvenes indígenas en las tierras bajas de Bolivia. *Desacatos*(35), 41–58.
- Servicio Nacional de Información en Salud. (2005). Planificación familiar. *Boletín mensual de producción de servicios*(1).
- Standford Medicine. (s.f.). *Prueba de papanicolaou*. <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=pap-test-92-P09297>. (Fecha de consulta: 03-10-2023)
- Torre, R., Solsona, M., y O'Kelly, M. (2012). Ayuda eficaz para mejorar la salud y los derechos sexuales y reproductivos: el caso de Bolivia. *Serie Avances de Investigación n° 72*.
- UNFPA. (2012). Prevención del cáncer de cuello uterino. *Desacatos*.
- UNICEF. (s.f.). *Manual sobre salud e higiene menstrual para niñas, niños y adolescentes*. <https://www.unicef.org/mexico/media/4696/file/Gu%C3%ADa%20para%20ni%C3%B1as,%20ni%C3%B1os%20y%20adolescentes.pdf>
- Ura, K., Alkire, S., Zangmo, T., y Wangdi, K. (2012). An extensive analysis of gnh index. *The Centre for Bhutan Studies*.

A. Derechos reproductivos

Tabla 5: Lista de derechos reproductivos por fuente

CIES	IPAS	UNFPA
Derecho a decidir sobre el número y espaciamento de hijos(as) en función de sus necesidades, deseos y expectativas	Derecho a decidir libre y responsablemente si se quiere o no tener hijos(as), cuándo tenerlos(as) o no, cuántos(as), el espaciamento entre ellos, y a disponer de los medios necesarios para prevenir embarazos no planificados	Derecho a decidir sobre el número de hijos(as) que se desean y el espacio de tiempo entre un embarazo y otro
Derecho a acceder a métodos anticonceptivos seguros y de calidad	Derecho a obtener información y acceso a métodos anticonceptivos seguros, incluyendo la anticoncepción de emergencia	Derecho a acceder a métodos de anticoncepción modernos, incluida la anticoncepción de emergencia
Derecho de las mujeres a no ser discriminadas en el trabajo o el estudio por su maternidad y/o interrupción de embarazo	Derecho a no ser discriminadas en el trabajo o instituciones educativas por razón de embarazo o maternidad	Derecho a ejercer la maternidad con un trato equitativo en la familia, espacios de educación y trabajo
Derecho a acceder a información clara y precisa sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos	Derecho a una educación sexual y reproductiva, basada en información veraz, oportuna, científica y sin prejuicios	
Derecho a acceder a nuevas tecnologías reproductivas		Derecho a acceder a los beneficios de los avances científicos en la salud sexual y reproductiva
Derecho a acceder a servicios de salud reproductiva integrales y de calidad		Derecho a acceder a servicios de salud especializados para garantizar la maternidad segura
Derecho a recibir orientación, atención integral en todo el proceso de embarazo, parto puerperio y lactancia		
Derecho a la autonomía e integral corporal		
Derecho a acceder a la orientación, prevención de problemas de infertilidad, ITS, cáncer cérvico-uterino, entre otros		
Derecho a no ser discriminada por sus opciones reproductivas	Derecho a condiciones de igualdad y equidad entre mujeres y hombres para decidir libremente, de manera informada y sin discriminación por motivos de género, todo lo que se refiere a la reproducción	Derecho a tomar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción, ni violencia
Derecho a la maternidad libremente decidida		

Continúa en la siguiente página...

Continuación...

CIES	IPAS	UNFPA
	Derecho al aborto en condiciones seguras y evitar sus complicaciones	
		Derecho a decidir sobre el tipo de familia que se quiere formar
		Los jóvenes y adolescentes embarazadas tienen el derecho a la educación

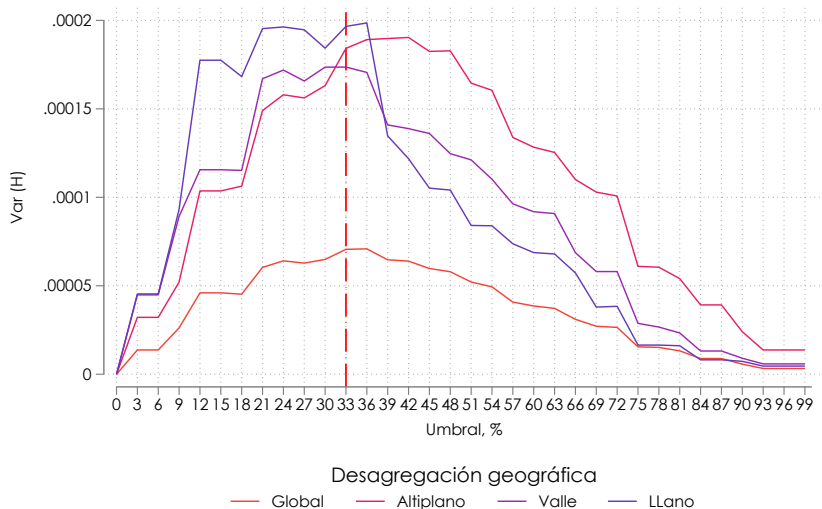
Fuente: Elaboración propia con base en (Centro de Investigación y Educación Sexual y Reproductiva, s.f; Fondo de Población de las Naciones Unidas - Bolivia, 2017; IPAS Bolivia, 2016).

B. Resultados auxiliares

B.1. Definición del umbral de pobreza y estructura de ponderaciones de las dimensiones e indicadores

Dentro de los enfoques de identificación del umbral de pobreza k , los criterios de *unión* e *intersección* son los más conocidos para establecerlo. No obstante, la identificación con estos criterios tiende a ser extremadamente sensible y es poco precisa al momento de querer elaborar políticas públicas, pues el enfoque de unión identifica a un gran número de personas como pobres multidimensionales y, por el contrario, el enfoque de intersección identifica a un número muy reducido de personas como pobres multidimensionales.

Figura 11: Umbral



Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

Es así que para la definición del umbral de pobreza *k* se recurre a un valor que maximiza la variación en la explicación de cuánta pobreza existe con base en los indicadores establecidos. En la Figura 11 se presenta el umbral que refleja el puntaje mínimo de privación que una mujer necesitaría experimentar en la ausencia o negación de sus derechos reproductivos para ser clasificada “pobre” en las diferentes facetas que componen el índice. Este valor se sitúa en 33 %, el cual equivale a decir que las mujeres en edad fértil están privadas un tercio de los indicadores ponderados.

B.2. Tablas de resultados

Tabla 6: Índice de privación de los derechos reproductivos en mujeres de 14 a 49 años (resultados por área de residencia)

	Área	
	Urbana	Rural
Indicadores		
Incidencia (H, %)	29.57	68.12
Std. Err.	(0.84)	(1.51)
(95 % C.I.)	[27.92,31.21]	[65.17,71.08]
Intensidad (A, %)	53.23	64.41
Std. Err.	(0.46)	(0.70)
(95 % C.I.)	[52.33,54.13]	[63.04,65.78]
Incidencia ajustada (M0)	0.16	0.44
Std. Err.	(0.01)	(0.01)
(95 % C.I.)	[0.15,0.17]	[0.41,0.46]
Vulnerabilidad (V, %)	19.40	11.70
Std. Err.	(0.57)	(0.61)
(95 % C.I.)	[18.29,20.51]	[10.50,12.90]
Severidad (S, %)	14.39	48.97
Std. Err.	(0.65)	(1.84)
(95 % C.I.)	[13.11,15.66]	[45.35,52.58]

Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

Tabla 7: Índice de privación de los derechos reproductivos en mujeres de 14 a 49 años (resultados por región)

	Región		
	Altiplano	Valles	Llanos
Indicadores			
Incidencia (H, %)	47.74	39.19	31.73
Std. Err.	(1.61)	(1.54)	(1.53)
(95 % C.I.)	[44.57,50.91]	[36.16,42.22]	[28.72,34.74]
Intensidad (A, %)	61.79	57.64	53.24
Std. Err.	(0.70)	(0.69)	(0.74)
(95 % C.I.)	[60.41,63.16]	[56.29,58.98]	[51.79,54.69]
Incidencia ajustada (M0)	0.29	0.23	0.17
Std. Err.	(0.01)	(0.01)	(0.01)
(95 % C.I.)	[0.27,0.32]	[0.21,0.25]	[0.15,0.19]
Vulnerabilidad (V, %)	15.05	15.93	21.10
Std. Err.	(0.71)	(0.66)	(0.93)
(95 % C.I.)	[13.66,16.43]	[14.63,17.23]	[19.29,22.92]
Severidad (S, %)	31.69	23.37	14.87
Std. Err.	(1.57)	(1.29)	(1.11)
(95 % C.I.)	[28.62,34.77]	[20.83,25.91]	[12.69,17.05]

Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

Tabla 8: Índice de privación de los derechos reproductivos en mujeres de 14 a 49 años (resultados por grupos de edad)

	Grupo de edad		
	MM entre 14 y 24 años	MM entre 25 y 35 años	MM entre 36 y 49 años
Indicadores			
Incidencia (H, %)	47.61	29.84	41.10
Std. Err.	(1.06)	(1.12)	(1.19)
(95 % C.I.)	[45.53,49.69]	[27.64,32.04]	[38.77,43.44]
Intensidad (A, %)	58.13	56.16	60.44
Std. Err.	(0.54)	(0.70)	(0.67)
(95 % C.I.)	[57.06,59.20]	[54.78,57.55]	[59.12,61.76]
Incidencia ajustada (M0)	0.28	0.17	0.25
Std. Err.	(0.01)	(0.01)	(0.01)
(95 % C.I.)	[0.26,0.29]	[0.15,0.18]	[0.23,0.27]
Vulnerabilidad (V, %)	19.84	16.24	15.28
Std. Err.	(0.72)	(0.73)	(0.76)
(95 % C.I.)	[18.42,21.26]	[14.80,17.68]	[13.80,16.76]
Severidad (S, %)	27.79	16.71	26.04
Std. Err.	(0.93)	(0.89)	(1.11)
(95 % C.I.)	[25.97,29.62]	[14.95,18.46]	[23.86,28.22]

Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

Tabla 9: Índice de privación de los derechos reproductivos en mujeres de 14 a 49 años (resultados por condición étnica)

	Condición indígena	
	No indígena	Indígena
Indicadores		
Incidencia (H, %)	27.16	52.24
Std. Err.	(0.88)	(1.13)
(95 % C.I.)	[25.43,28.90]	[50.02,54.46]
Intensidad (A, %)	51.50	61.79
Std. Err.	(0.45)	(0.53)
(95 % C.I.)	[50.61,52.39]	[60.75,62.84]
Incidencia ajustada (MO)	0.14	0.32
Std. Err.	(0.00)	(0.01)
(95 % C.I.)	[0.13,0.15]	[0.31,0.34]
Vulnerabilidad (V, %)	19.83	14.92
Std. Err.	(0.66)	(0.57)
(95 % C.I.)	[18.53,21.13]	[13.80,16.05]
Severidad (S, %)	12.18	34.76
Std. Err.	(0.59)	(1.17)
(95 % C.I.)	[11.03,13.33]	[32.46,37.06]

Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

Tabla 10: Índice de privación de los derechos reproductivos en mujeres de 14 a 49 años (resultados por nivel educativo)

	Nivel de educación			
	Sin educación	Primaria	Secundaria	Superior
Indicadores				
Incidencia (H, %)	84.73	67.21	41.92	8.88
Std. Err.	(1.99)	(1.44)	(0.98)	(0.64)
(95 % C.I.)	[80.82,88.64]	[64.38,70.03]	[40.01,43.84]	[7.62,10.13]
Intensidad (A, %)	69.89	61.97	55.70	44.22
Std. Err.	(1.23)	(0.68)	(0.49)	(0.61)
(95 % C.I.)	[67.47,72.30]	[60.64,63.30]	[54.73,56.67]	[43.01,45.42]
Incidencia ajustada (M0)	0.59	0.42	0.23	0.04
Std. Err.	(0.02)	(0.01)	(0.01)	(0.00)
(95 % C.I.)	[0.56,0.63]	[0.39,0.44]	[0.22,0.25]	[0.03,0.04]
Vulnerabilidad (V, %)	9.25	13.60	20.44	15.77
Std. Err.	(1.52)	(0.87)	(0.66)	(0.84)
(95 % C.I.)	[6.25,12.24]	[11.90,15.31]	[19.15,21.73]	[14.13,17.42]
Severidad (S, %)	68.89	45.15	22.88	2.10
Std. Err.	(2.59)	(1.77)	(0.83)	(0.29)
(95 % C.I.)	[63.80,73.98]	[41.68,48.63]	[21.25,24.51]	[1.52,2.67]

Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

Nota: El índice de vulnerabilidad de las mujeres sin educación presenta un coeficiente de variación mayor a 20, emplearlo solo de forma referencial.

Tabla 11: Índice de privación de los derechos reproductivos en mujeres de 14 a 49 años (resultados por actividad principal)

Indicadores	Clasificación según la actividad que realiza		
	Trabajadora	Estudiante	Responsable del hogar
Incidencia (H, %)	33.18	49.09	45.28
Std. Err.	(1.06)	(1.34)	(1.35)
(95 % C.I.)	[31.10,35.27]	[46.47,51.71]	[42.63,47.92]
Intensidad (A, %)	57.88	56.99	59.59
Std. Err.	(0.68)	(0.68)	(0.68)
(95 % C.I.)	[56.54,59.21]	[55.66,58.33]	[58.27,60.92]
Incidencia ajustada (M0)	0.19	0.28	0.27
Std. Err.	(0.01)	(0.01)	(0.01)
(95 % C.I.)	[0.18,0.21]	[0.26,0.30]	[0.25,0.29]
Vulnerabilidad (V, %)	16.48	19.78	17.13
Std. Err.	(0.58)	(0.99)	(0.86)
(95 % C.I.)	[15.34,17.62]	[17.84,21.72]	[15.43,18.82]
Severidad (S, %)	19.18	28.14	28.17
Std. Err.	(1.02)	(1.19)	(1.29)
(95 % C.I.)	[17.17,21.19]	[25.81,30.47]	[25.63,30.70]

Fuente: Elaboración propia con base en información procesada de la EDSA 2016.

Nota: El índice de severidad de las mujeres que son estudiantes tienen un coeficiente de variación mayor a 20, emplearlo solo de forma referencial.

C. Nomativa de Derechos Reproductivos

Tabla 12: Normativas de derechos reproductivos en Bolivia

Ley	Descripción
<p>Ley del código del niño, niña y adolescente</p> <p>Ley No. 2026, 27 de octubre de 1999</p> <p>Modificado en Ley No. 548, 17 de julio de 2014</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objetivo: Establecer y regular el régimen de prevención, protección y atención integral a todo NNA, con el fin de asegurar su desarrollo físico, mental, moral, espiritual, emocional y social. ■ Artículos relacionados: <ul style="list-style-type: none"> · <i>Libro I - Título I - Capítulo I, Artículos 22 -28 (incorporados en 2014):</i> garantizar el desarrollo, los procesos de información, sensibilización y capacitación, así como la atención y acceso a insumos para el cuidado de la salud sexual y reproductiva; priorizando la atención de niñas o adolescentes embarazadas. Brindar acceso gratuito y asesoramiento sobre pruebas voluntarias y confidenciales de VIH/SIDA para mujeres embarazadas, incluido consejería psicológica, cesárea programada y tratamiento antirretroviral para mujeres embarazadas con VIH/SIDA. Los NNA tienen acceso a programas (incluso si están en situación de calle) para enfermedades prevenibles con vacunas, enfermedades endémicas, epidémicas, pandémicas, infecciosas y con especial atención al VIH/SIDA.
<p>Ley para la prevención del VIH-SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para la personas que viven con el VIH-SIDA</p> <p>Ley N° 3729, 8 de agosto de 2007</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objetivo: Garantizar los derechos y deberes de las personas que viven con el VIH, SIDA. ■ Artículos relacionados: <ul style="list-style-type: none"> · <i>Capítulo I, Artículo 1:</i> garantizar los derechos y deberes de las personas que viven con el VIH, SIDA, así como del personal de salud y de la población en general. Así también, establecer políticas y ejecutar programas para la protección de sus derechos y la prevención, atención y rehabilitación del VIH-SIDA.
<p>Ley contra el racismo y toda forma de discriminación</p> <p>Ley N° 045, 8 de octubre de 2010</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objetivo: Establecer mecanismos y procedimientos para la prevención y sanción de actos de racismo y toda forma de discriminación en el marco de la Constitución Política del Estado y Tratados Internacionales de Derechos Humanos. ■ Artículos relacionados: <ul style="list-style-type: none"> · <i>Capítulo I, Artículo 5:</i> Prevenir y sancionar cualquier forma de discriminación contra cualquier persona, incluyendo razones de sexo, orientación sexual, identidad de géneros, cultura, entre otros.

Continúa en la siguiente página...

Continuación...

Ley	Descripción
<p>Ley general para personas con discapacidad Ley N° 223, 2 de marzo de 2012</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objetivo: Garantizar a las personas con discapacidad, el ejercicio pleno de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades, trato preferente bajo un sistema de protección integral. ■ Artículos relacionados: <ul style="list-style-type: none"> · <i>Capítulo III, Artículo 32:</i> Garantizar el acceso a servicios de información sobre salud sexual y reproductiva en los servicios públicos de salud a las personas con discapacidad, salvaguardando sus derechos sexuales y reproductivos, evitando la esterilización obligatoria o suministro de métodos anticonceptivos obligatorios, estableciendo servicios especializados en planificación familiar para la orientación y prevención de embarazos no deseados. En especial para las mujeres, asegurando que tengan control y libertad de decidir responsablemente sobre su salud sexual y reproductiva libre de coacciones, discriminaciones y violencia.
<p>Ley de la juventud Ley No. 342, 5 de febrero de 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objetivo: Garantizar a los jóvenes el ejercicio pleno de sus derechos y deberes, el diseño del marco institucional, las instancias de representación y deliberación de la juventud, y el establecimiento de políticas públicas. ■ Artículos relacionados: <ul style="list-style-type: none"> · <i>Capítulo IV -Sección IV, Artículo 38:</i> garantizar a los jóvenes el derecho a la información y educación en salud sexual y reproductiva para mantener una maternidad y paternidad responsable, sana y sin riesgos.
<p>Ley de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia Ley N° 475, 30 de diciembre de 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objetivo: Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en esta Ley. ■ Artículos relacionados: <ul style="list-style-type: none"> · <i>Capítulo I, Artículo 3:</i> Brindar atención en salud reproductiva, incluida la prevención y el tratamiento de lesiones premalignas del cáncer de cuello uterino, la orientación y la provisión de métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida, el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, entre otros. Se prioriza la atención a mujeres en gestación, hasta 6 meses después del parto y niños/as menores de 5 años. · <i>Capítulo I, Artículo 5:</i> Brindar métodos de anticoncepción a mujeres en edad fértil (15 a 49 años), la detección y tratamiento de lesiones pre malignas de cáncer de cuello uterino, mama y de ITS.

Continúa en la siguiente página...

Continuación...

Ley	Descripción
<p>Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia</p> <p>Ley N°348, 9 de marzo de 2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivo: Establecer mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección y reparación a las mujeres en situación de violencia, así como la persecución y sanción a los agresores, con el fin de garantizar a las mujeres una vida digna y el ejercicio pleno de sus derechos. ▪ Artículos relacionados: <ul style="list-style-type: none"> · <i>Título I - Capítulo único, Artículo 20:</i> Respetar las decisiones de las mujeres en situación de violencia garantizando el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Así también, generar y difundir información permanente y actualizada sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención y tratamiento de ITS, VIH/SIDA, hemorragias durante el primer trimestre de embarazo, embarazos no planificados, todas las formas de violencia sexual, entre otros.
<p>Fuente: Elaboración propia con base en: Congreso Nacional (1999), Congreso Nacional (2014b), Congreso Nacional (2007), Congreso Nacional (2010), Congreso Nacional (2012b), Congreso Nacional (2013a), Congreso Nacional (2013b), Congreso Nacional (2013d), Congreso Nacional (2014c), Congreso Nacional (2016).</p>	

Tabla 13: Planes de derechos reproductivos en Bolivia

Plan	Descripción
Plan de igualdad de oportunidades DS. 29850, 22 de diciembre de 2008	Garantizar el ejercicio de derechos de las mujeres y la igualdad de oportunidad, incorporando la sexualidad y reproducción como un eje importante.
Plan nacional para la salud integral de la adolescencia y juventud boliviana, 2009 – 2013	Mejorar las condiciones de salud de adolescentes y jóvenes, favoreciendo el ejercicio de sus derechos, a través de intervenciones preventivas y promocionales.
Plan estratégico nacional de salud sexual y reproductiva, 2009 – 2015	Establecer mecanismos necesarios e instancias para abordar la salud sexual y reproductiva considerando los enfoques de derechos humanos e interculturalidad.
Plan municipal de derechos sexuales y derechos reproductivos "Mi cuerpo, mi territorio", 2014 – 2019	Garantizar la toma decisiones informadas y oportunas sobre sus derechos sexuales y reproductivos para mejorar su calidad de vida, en el marco del desarrollo y derechos humanos.

Fuente: Elaboración propia con base en: Congreso Nacional (2008), Ministerio de Salud y Deportes (2009-2013), Ministerio de Salud y Deportes (2009-2015), Gobierno Autónomo Municipal de La Paz - Oficialía Mayor de Desarrollo Humano Dirección de Género y Generacionales (2014-2019).