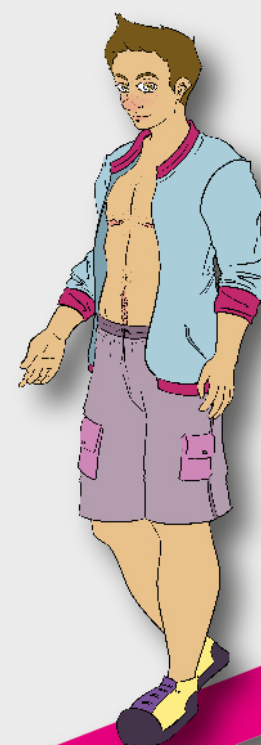
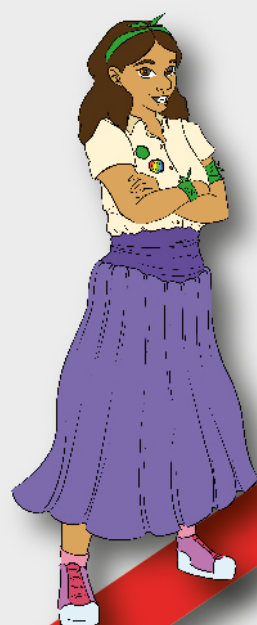


Percepción de la anticoncepción, interrupción legal del embarazo y atención en personas con capacidad de gestar de las diversidades sexuales y de género en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz



Percepción de la anticoncepción, interrupción legal del embarazo y atención en personas con capacidad de gestar de las diversidades sexuales y de género de los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.

ADESPROC Libertad GLBT

Alberto Moscos Flor

Director Ejecutivo

Jhannet Ventura

Coordinación e investigación

Equipo de investigación:

- Dante Vargas
- Favio Schuett
- Freddy Ponce
- Stephanie Llanos
- Thiago Miranda

Diseño y diagramación:

- Evan Arteaga
- Vivian Aliaga

Agradecimiento especial a IPAS Bolivia por el apoyo en la elaboración de este documento

GLOSARIO DE ACRÓNIMOS

ADESPROC	Asociación Civil de Desarrollo Social y Promoción Cultural
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIS	Cisgénero
CPE	Constitución Política del Estado
COVID-19	Enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2
DDHH	Derechos Humanos
DIU	Dispositivo intrauterino
DSDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
ESI	Educación Sexual Integral
ILE	Interrupción legal del embarazo
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LBTPNB	Lesbiana, bisexual, trans, pansexual y no binarie
LGBTIQ	Lesbiana, gay, bisexual, trans, intersexual y queer
MAC	Método Anticonceptivo
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OSIG	Orientación sexual Identidad de Género
S.C.	Sentencia Constitucional
SPSS	Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales
TRH	Terapia de Reemplazo Hormonal
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNAIDS	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida

GLOSARIO

Aborto Impune: Desde el Código Penal boliviano, el aborto impune queda especificado en el Artículo 266. Cuando el aborto hubiere sido consecuencia de un delito de violación, estupro o incesto, no se aplicará sanción alguna, siempre que la acción penal hubiere sido iniciada. Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios. En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer.

Anticoncepción: También conocido como control de natalidad, es el empleo de medicamentos, dispositivos o cirugía para prevenir el embarazo. Hay muchos tipos diferentes de anticoncepción. Esta permite la planificación familiar.

Atención en Salud Sexual y Reproductiva: Es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

Binarismo de género: Modelo social y cultural dominante en la cultura occidental que “considera que el género y el sexo abarcan dos, y sólo dos, categorías rígidas, a saber, masculino/hombre y femenino/mujer. Sobre tal sistema o modelo se ha sustentado la discriminación, exclusión y violencia en contra de cualquier identidad, expresión y experiencia de género diversas.

Bisexual: Una orientación sexual que describe a una persona que se siente atraída emocional y sexualmente tanto hacia personas de su propio género como hacia personas de otros géneros.

Cisgénero: Cuando la identidad de género de la persona corresponde con el sexo asignado al nacer. El prefijo “cis” es antónimo del prefijo “trans”.

Cisnormatividad: Expectativa de que todas las personas son cisgénero, tomando esta condición como la única normal o aceptable, “que aquellas personas a las que se les asignó masculino al nacer siempre crecen para ser hombres y aquellas a las que se les asignó femenino al nacer siempre crecen para ser mujeres”.

Diversidad corporal: La diversidad corporal se refiere a una amplia gama de representaciones del cuerpo, por ejemplo, variaciones en la anatomía sexual que se expanden más allá del binario hombre/mujer. Intersex es un término sombrilla que abarca esta diversidad corporal.

Diversidad sexual y de género: Hace referencia a todas las posibilidades que tienen las personas de asumir, expresar y vivir su sexualidad, así como de asumir

expresiones, preferencias u orientaciones e identidades sexuales. Parte del reconocimiento de que todos los cuerpos, todas las sensaciones y todos los deseos tienen derecho a existir y manifestarse, sin más límites que el respeto a los derechos de las otras personas.

Estrés minoritario: Estrés crónico que enfrentan los miembros de ciertos grupos minoritarios estigmatizados. El estrés minoritario es causado por eventos y condiciones externas y objetivos, las expectativas de ciertos eventos, la internalización de actitudes sociales, así como el mantener en secreto la propia orientación sexual.

Expresión de género: Generalmente se refiere a la manifestación del género de la persona, que podría incluir la forma de hablar, gestos, modo de vestir, comportamiento personal, comportamiento o interacción social, modificaciones corporales, entre otros. La expresión de género es fluida y no corresponde necesariamente al sexo asignado al nacer o a la identidad de género.

Discriminación: Se define como toda forma de distinción, exclusión, restricción o preferencia fundada en razón de sexo, color, edad, orientación sexual e identidad de género, origen, cultura, nacionalidad, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica, social o de salud, que por acción u omisión que tenga por objeto obstaculizar, restringir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades.

Diversidad corporal: La diversidad corporal se refiere a una amplia gama de representaciones del cuerpo, por ejemplo, variaciones en la anatomía sexual que se expanden más allá del binario hombre/mujer. Intersex es un término sombrilla que abarca esta diversidad corporal.

Diversidad sexual y de género: Hace referencia a todas las posibilidades que tienen las personas de asumir, expresar y vivir su sexualidad, así como de asumir expresiones, preferencias u orientaciones e identidades sexuales. Parte del reconocimiento de que todos los cuerpos, todas las sensaciones y todos los deseos tienen derecho a existir y manifestarse, sin más límites que el respeto a los derechos de las otras personas.

Expresión de género: Generalmente se refiere a la manifestación del género de la persona, que podría incluir la forma de hablar, gestos, modo de vestir, comportamiento personal, comportamiento o interacción social, modificaciones corporales, entre otros. La expresión de género es fluida y no corresponde necesariamente al sexo asignado al nacer o a la identidad de género.

Heteronormatividad: Sesgo cultural a favor de las relaciones heterosexuales, las cuales son consideradas "normales, naturales e ideales" y son preferidas por sobre relaciones del mismo sexo o del mismo género. Se compone de reglas jurídicas,

sociales y culturales que obligan a los individuos a actuar conforme a patrones heterosexuales dominantes e imperantes.

Heterosexual: Mujeres que se sienten emocional, sexual y románticamente atraídas a hombres; u hombres que se sienten emocional, sexual y románticamente atraídos a mujeres.

Identidad de género: Vivencia interna e individual del género, tal como cada persona la siente, misma que puede corresponder o no con el sexo asignado al nacer. Incluye la vivencia personal del cuerpo, que podría o no involucrar la modificación de la apariencia o funcionalidad corporal a través de tratamientos farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida. También incluye otras expresiones de género como la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

Interrupción legal del Embarazo: Es una práctica voluntaria que debe realizarse bajo condiciones legales y médicas específicas que resguardan la integridad de la mujer; es decir, contar con las condiciones higiénicas necesarias, la tecnología y los métodos adecuados, así como realizarse por personal médico y de enfermería capacitado. La interrupción legal del embarazo es una opción para las mujeres que enfrentan un embarazo no deseado a través de lo cual se amplía, el ejercicio de una maternidad libre, informada y responsable.

Lesbiana: Mujeres que se sienten emocional, sexual y románticamente atraídas a otras mujeres.

LGBTIQ+: Siglas para referirse al conjunto poblacional de personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersexuales, queer y otros.

No binarie: Describe a una persona cuya identidad de género no encaja con la estructura tradicional de género binario. A veces se abrevia NB o "enby".

Orientación sexual: Es la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, o de su mismo género, o de más de un género.

Pansexual: Capacidad de una persona de sentir atracción erótica afectiva hacia otra persona, con independencia del sexo, género, identidad de género, orientación sexual o roles sexuales, así como la capacidad de mantener relaciones íntimas y/o sexuales con ella.

Queer: Un término que algunos usan para describir a las personas cuyas identidades de género u orientación sexual se encuentran fuera de las normas sociales, con un término general que las abarque a todas. Algunas personas piensan que el término queer es más fluido e incluyente que las categorías tradicionales para orientación sexual e identidad de género. Debido a su uso

histórico como término despectivo, no todos los miembros de la comunidad LGBT usan el término queer.

Salud Sexual: Es el estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Salud Reproductiva: Es un estado general de bienestar físico, mental y social y no mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Es la posibilidad de ejercer el derecho de procrear o no y la libertad de decidir el número de hijos y un espacio intergenésico apropiado.

Sexo asignado al nacer: Esta idea trasciende el concepto de sexo como masculino o femenino. La asignación del sexo no es un hecho biológico innato; más bien, el sexo se asigna al nacer en base a la percepción que otros tienen sobre sus genitales. La mayoría de las personas son fácilmente clasificadas pero algunas personas no encajan en el binarismo mujer/hombre.

Sexualidad: La sexualidad es un aspecto intrínseco al ser humano. Desde que nace, durante todo su proceso de formación, ya sea en el ámbito privado de la familia, como en el ámbito público en las instituciones educativas y en todos los contextos en los que se desenvuelve, la persona manifiesta y aprende sobre la sexualidad. Es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

Terapia de reemplazo hormonal: La administración de hormonas para aquellos que desean equiparar sus características físicas sexuales secundarias con su identidad de género. También se le llama terapia hormonal de afirmación de género.

Trans: Personas que pertenecen al género y al sexo opuestos a los que social y culturalmente se les asigna en función de su sexo de nacimiento, y que pueden optar o no por una intervención médica (hormonal, quirúrgica o ambas) para adecuar su apariencia física y corporalidad a su realidad psíquica, espiritual y social.

Transición: Proceso de reconocer, aceptar y expresar la propia identidad de género. Con más frecuencia, se refiere al periodo en que la persona hace cambios sociales, legales o médicos; como por ejemplo cambio en la manera de vestirse, su nombre o designación de sexo, así como el uso de intervenciones médicas.

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES

La interrupción legal del embarazo en Latinoamérica se encuentra entre el dilema de avances y retrocesos, en diferentes países. El avance más reciente fue en México en septiembre de 2023, la Suprema Corte de Justicia de la Nación, despenalizó el aborto a nivel federal. Colombia, Uruguay y Argentina permiten la interrupción legal del embarazo en todos los casos, dentro de plazos establecidos. Dentro de estas legislaciones avanzadas en Derechos Humanos, solo la legislación argentina utiliza el término "cuerpos gestantes". Por otro lado, en Nicaragua, Honduras, República Dominicana y El Salvador el aborto está penalizado en todas sus circunstancias. En este último se ha condenado a mujeres, que abortaron, por homicidio, en algunos casos con penas de hasta 40 años de prisión. (Human Rights Watch, 2023)

En el caso de métodos anticonceptivos (MAC) la prevalencia anticonceptiva moderna más baja se observó en Haití y Bolivia. Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba y Paraguay tenían más del 70% en prevalencia de anticonceptivos modernos, con bajas desigualdades. México fue el único país en el que los MAC de acción prolongada se usaron con más frecuencia que los métodos de acción corta. Las mujeres cisgénero jóvenes de 15 a 17 años de edad, las mujeres cisgénero indígenas, aquellas en los quintiles de menor riqueza, (Femeba, 2019). Las que viven en áreas rurales y las que no tienen educación mostraron un uso particularmente bajo de anticonceptivos. Las investigaciones sobre MAC no se refieren ni reconocen la existencia de otros cuerpos con capacidad de gestar.

Bolivia ocupa el segundo lugar de países con la prevalencia más baja de uso de anticonceptivos modernos, según la investigación "Uso de anticonceptivos en América Latina y el Caribe" de la fundación Femeba del año 2019, que fue referida únicamente a mujeres cisgénero. Cuando no existe anticoncepción, hay mayor probabilidad de embarazo no planificado o deseado, y esta puede ser una experiencia vinculada a determinantes sociales como la exclusión, vulnerabilidad y la falta de acceso a derechos económicos, sociales y culturales (Ituarte y Lopez - Gomez, 2021).

La interrupción legal del embarazo, en territorio boliviano se mantuvo estacionaria desde la promulgación del código penal en el año 1972 hasta el 2014, cuando se interpuso recurso de inconstitucionalidad abstracto contra el artículo 266, que refiere y pena el aborto impune.

La Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014 establece cuatro causales para la ILEs (Interrupción Legal del Embarazo): incesto, estupro, violación o riesgo de salud y la vida de la madre gestante. El artículo modificado a partir de la

Sentencia menciona explícitamente que el aborto impune se aplica en mujeres. Lo que no necesariamente excluye a otros cuerpos con capacidad de gestar que necesitaran acceder a una ILE dentro de las causales contempladas. Sin embargo, es necesario que un futuro se acaten estándares internacionales y la normativa uniforme su lenguaje al uso de la palabra “cuerpos gestantes”.

Esta SCP ha sido el avance de mayor reconocimiento en Derechos Sexuales y Reproductivos en Bolivia, facilitando el acceso a la Interrupción Legal del Embarazo eliminando barreras judiciales y burocráticas.

El 20 de abril de 2022 el Ministerio de Salud aprobó la “Norma de Atención Integral para la Población LGBTIQ+ en Establecimientos de Salud”, producto de la incidencia de organizaciones de base, con el objetivo de asegurar el respeto a los Derechos Humanos, Género y Equidad con calidad para personas LGBTIQ+. Dicha norma reconoce la importancia de conocer la orientación sexual y/o identidad de género fuera del eje heteronormativo y el reto que representa que estos datos se indiquen por el temor a sufrir discriminación de las y los proveedores de salud. Considera que si bien la Ley No. 045 “Contra el Racismo y toda forma de discriminación” indica y compele a los Establecimientos de Salud a brindar atención sin discriminación.

Finalmente, el Informe Defensorial “Desiguales antes la Ley” publicado el año 2023 visibiliza a las personas con capacidad de gestar de las diversidades, así como su incidencia en la interrupción legal del embarazo. Reconoce que éstas pueden ejercer plenamente sus derechos reproductivos sin discriminación ni violencia. Por lo que deberían tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, conociendo sobre planeación familiar, el embarazo, el parto y el puerperio.

El Informe también indagó acerca del ejercicio de la ILE en personas con capacidad de gestar de las diversidades en las que se señala que el 18% de población, que en algún momento estuvieron embarazadas, fue producto de un hecho de violación. En la actualidad la necesidad de uniformar la accesibilidad a todos los DSDR sobre todo a personas con capacidad de gestar requiere un aporte académico que lo sustente. Esta investigación busca visibilizar la perspectiva de proveedores de salud y población de mujeres cisgénero lesbiana, bisexual, trans, pansexual y no binaria (LBTPNB) para argumentar la necesidad de protocolos de atención, se diluciden vacíos normativos y de beneficios, como el Bono Juana Azurduy.

JUSTIFICACIÓN

La emergencia sanitaria que provocó el Covid-19 develó el conjunto de complicaciones sobre la maternidad (o paternidad) que se pensaban ya superadas con respecto a la educación sexual y reproductiva y el acceso a establecimientos de salud.

Se discontinuó el uso de anticonceptivos y se ha recurrido a abortos inseguros o espontáneos (Lopez, 2020). Por lo que no ha habido una adecuada preparación y respuesta para atender la salud sexual y reproductiva, controles, asistencia y consejería que ha derivado en hemorragias, prácticas de riesgo, violaciones y desatención a poblaciones vulnerables (Correa- Lopez y Huaman Sarmiento, 2020).

Los castigos correctivos que son ejercidos hacia lesbianas, bisexuales, hombres trans y personas queer son las más duras, que también son conocidas como "violaciones correctivas, el terrible método para curar" a la población LBTPNB, que, en muchas ocasiones, resultan con un embarazo no deseado. (Paco Alvarado, 2021). Por ejemplo, en los casos de "violaciones correctivas", los agresores no usan preservativos ni métodos de barrera, quedando las víctimas expuestas a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) o embarazos no deseados. Este tipo de violencia suele provenir del entorno familiar o cercano, ocasionando la dificultad para denunciar y visibilizar los casos de violencia que sufren la población LBTPNB, por su orientación sexual, identidad o expresión de género.

Dentro de este tipo de violencias "correctivas" también se encuentran las mal llamadas "terapias de conversión", que causan profundos traumas físicos y psicológicos a las personas que las sufren. Por ese motivo, los mecanismos de las Naciones Unidas de lucha contra la tortura han concluido que esos métodos pueden equivaler a tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes (ONU, 2022).

El Observatorio LGBT que realiza monitoreo y veeduría, el año 2009 registró el caso de una mujer lesbiana que sufrió violencia sexual y física. Virginia fue víctima de agresiones y amenazas por parte del esposo de una mujer que la pretendía. El último episodio de agresión la dejó parapléjica debido a los golpes y la violación "correctiva" de la que fue víctima por parte de este hombre.

Este tipo de violencias correctivas, que sufren las personas con capacidad de gestar de las diversidades sexuales, podrían resultar en un embarazo no deseado y por lo tanto deben ser atendidas con el protocolo establecido legalmente para la Interrupción Legal del Embarazo, siempre que la persona lo consienta.

Además de la vulnerabilidad a la que se enfrentan las personas con capacidad de gestar de las diversidades, no acceden al derecho pleno de salud. Porque existe poca credibilidad y confianza en los sistemas de salud, desalentando la utilización

de servicios gineco obstétricos y el uso de medidas preventivas. (Tobasia- Hege et al., 2019). Los testimonios siempre remarcan que en la práctica del aborto existe abuso verbal, estigma y discriminación, el incumplimiento de normas profesionales de atención, dificultades en las relaciones con proveedores de salud y limitaciones en el mismo servicio, catalogados como irrespeto y maltrato.

De la misma manera se señala en la Norma de Atención Integral para la población LGBTIQ+ en Establecimiento de Salud reconoce cuatro factores principales que impiden acceso a servicios de salud: discriminación en los establecimientos, personal no sensibilizado, sin conocimiento de la por lo mismo es difícil la comprensión de las demandas específicas y el reconocimiento de la orientación sexual y/o de género. Además, señala en su acápite "anticoncepción": "otorgar información sobre el uso de anticonceptivos es importante, ya que el riesgo de embarazo es igual al de una mujer heterosexual, ya se habían indicado que no se debe suponer, lo más importante es preguntar debido a que las personas gays y lesbianas, transfemeninas y transmasculinos pueden llegar a embarazarse o embarazarse, existe una diferencia en lo que es "pareja" y "contacto sexual". La orientación sexual sobre el uso de métodos anticonceptivos debe responder a la Normativa Nacional vigente".

OBJETIVOS

- Explorar el nivel de información sobre anticoncepción, interrupción legal del embarazo y atención en salud sexual en personas con capacidad de gestar de las diversidades sexuales y de género de los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz
- Analizar el conocimiento y atención en proveedores de salud, de los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz

METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de enfoque mixto, cuantitativo y cualitativo. Con diseño transversal que define a un tiempo determinado y de carácter descriptivo y exploratorio.

Se recopiló y analizó información de personas de la diversidad sexual con capacidad de gestar LBTPNB (mujeres cisgénero lesbianas, bisexuales, pansexuales, hombres trans y no binarias) y de proveedores de salud.

MUESTRA

La investigación se realizó en las siguientes poblaciones:

- Población LBTPNB: Se encuestó a 157 personas LBTPNB que residen en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Se realizó un análisis global de los resultados, diferenciado por ciudad y por género.
- Proveedores de salud: pertenecientes a las áreas de obstetricia, ginecología, así como personal de enfermería, en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.

Edad						
	Años	Frecuencia	Porcentaje			
	Mayores 35 años	9	5,7	Identidad de Género		
	26 a 35 años	70	44,5	Cisgénero	101	64,3
	18 a 25 años	73	46,6	No Binario	31	19,7
	Menores de 18	5	3,2	Trans	25	15,9
	Total	157	100,0	Total	157	100,0
Orientación Sexual						
			Orientación Sexual			
			Bisexual	Lesbiana	Pansexual	Heterosexual (Persona trans)
Identidad de Género	Cisgénero	Recuento	44	38	14	5
		%	43,6%	37,6%	13,9%	5,0%
	No Binario	Recuento	10	9	10	2
		%	32,3%	29,0%	32,3%	6,5%
	Trans	Recuento	8	3	6	8
		%	32,0%	12,0%	24,0%	32,0%
Total	Recuento	62	50	30	15	157
	%	39,5%	31,8%	19,1%	9,6%	100,0%

Tabla 1 Elaboración Propia

Operacionalización de Variables

ÁMBITOS	TEMÁTICAS	METODOLOGÍA	HERRAMIENTA	POBLACIÓN	INDICADORES
ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL LBTPNB	Dificultades en la Atención en Salud Sexual y Reproductiva en población LBTPNB Experiencia en atención en Salud Sexual y reproductiva en LBTPNB	Cualitativa	GUIA DE PREGUNTAS PROVEEDORES DE SALUD	Médicos Ginecólogos y Obstetras y Enfermeras de la Ciudad de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz	1,2,3,4,8,9,10,14
	Experiencia en Atención de Salud Sexual y Reproductiva	Cuantitativa	CUESTIONARIO POBLACIÓN LBTPNB	Población LBTPNB en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz	1,2,3,4,5
ANTICONCEPCIÓN EN POBLACIÓN LBTPNB	Incidencia de Métodos Anticonceptivos	Cualitativa	GUIA DE PREGUNTAS PROVEEDORES DE SALUD	Médicos Ginecólogos y Obstetras y Enfermeras de la Ciudad de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz	5,6,7
	Uso de Métodos Anticonceptivos	Cuantitativa	CUESTIONARIO POBLACIÓN LBTPNB	Población LBTPNB en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz	6,7,8
INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN POBLACIÓN LBTPNB	Experiencia en la Interrupción legal del Embarazo Condiciones físicas y legales para la Interrupción legal del Embarazo	Cualitativa	GUIA DE PREGUNTAS PROVEEDORES DE SALUD	Médicos Ginecólogos y Obstetras y Enfermeras de la Ciudad de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz	8,9,10,12,13
	Conocimiento frente a la Interrupción legal del Embarazo Actitud frente a la Interrupción legal del Embarazo	Cuantitativa	CUESTIONARIO POBLACIÓN LBTPNB	Población LBTPNB en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz	9,10,11,12,13,14,15,16

Tabla 2 Elaboración Propia

PROCEDIMIENTO

Se procederá en cinco etapas distribuidas de la siguiente forma:

1. **Primera etapa** construcción de instrumentos (elaboración de la encuesta para la población LBTPNB y entrevistas a proveedores de salud).
2. **Segunda etapa** recolección de datos e información en población LBTPNB y proveedores de salud.
3. **Tercera etapa** procesamiento de datos y elaborar resultados.
4. **Cuarta etapa** análisis de la información obtenida de entrevistas y encuestas
5. **Quinta etapa** elaboración de informe

ANÁLISIS DE DATOS

Análisis cuantitativo

El análisis partió de codificar y realizar el vaciado de datos, luego se procedió a realizar el análisis en el Programa SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales). En un inicio se realizó mediante frecuencias generales el perfil de la muestra. Luego se realizó un análisis bivariado por cada pregunta del Cuestionario LBTPNB con identidad de género y orientación sexual para analizar la distribución de las respuestas.

Análisis Cualitativo

El análisis partió de la transcripción de las entrevistas realizadas al personal de salud, luego se segmentaron y clasificaron en las categorías de análisis preestablecidas en la Guía de Preguntas al Personal de Salud. Esta segmentación se basó en criterios temáticos (divisiones por categorías y temas en la entrevista) como también por criterios temporales (organización de la entrevista) en matrices. Finalmente, habiendo identificado segmentos relevantes para cada categoría, se renombraron estas unidades de contexto en unidades de registro en función al dialecto o la teoría del fenómeno. Por último, se desarrollaron árboles de cognemas de la información recolectada sobre las categorías, subcategorías y unidades de contexto encontradas.

MARCO REFERENCIAL

ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud es concebida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un bienestar que no solo es físico sino también recae en lo mental y social por lo que no es solo la ausencia de enfermedad (Velarde et al., 2021). Esta va relacionada con la realización de educación sexual en adolescentes y jóvenes durante la enseñanza básica y media (Castro-Sanadoval et al., 2019), ya que resulta imprescindible que se conozca sobre sexualidad y reproducción para poder garantizar y gozar de los DSDR.

La Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas – ONU, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), en su artículo 12, define al derecho humano a la salud como “el derecho al disfrute del más alto estándar posible de salud física y mental”. Es evidente que la realidad no refleja este estándar y mucho menos en poblaciones vulnerables, cuyas luchas por sus Derechos Humanos (DDHH) son constantes, puesto que muchas veces los estados o la misma sociedad restringen sus más primordiales derechos.

Por lo mismo, no es de extrañar que la salud sexual y reproductiva sea un campo invisibilizado cuando se refiere a poblaciones de diversidades sexuales y de género. Los DSDR son parte del derecho a la salud, su definición los clasifica como un estado completo de bienestar físico, mental y social (y no solo como la ausencia de enfermedad) en todas las materias relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Los DSDR de las personas se desarrollaron en 1990 y son un componente esencial de los DDHH, siendo universales, inalienables e irrenunciables (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women, 1995).

En cuanto a educación, existe una negación sistemática de acceso a la información en Sistemas Educativos, apoyada por la omisión de los Estados a reforzar e impulsar la Educación Sexual Integral (ESI). Quienes menos conocen sobre sus derechos sexuales y reproductivos son las personas con capacidad de gestar. Hay escasa información no solo sobre la manera en que funcionan los cuerpos, sino que muchas veces, se les carga toda la responsabilidad del cuidado anticonceptivo.

Los DSDR se basan en el derecho de las personas y parejas a vivir la sexualidad independientemente de la reproducción, con servicios de salud sexual de calidad con respeto de la integridad, la indemnidad sexual y la diversidad sexual; a decidir sobre la reproducción, definiendo libremente el número, el espaciamiento y el momento para tener descendencia, así como los medios de información para lograr tal cometido con el más alto nivel de salud sexual y reproductiva. (Troncoso-Espinoza y Figueroa-Lassalle, 2022). La realidad latinoamericana refleja que no se

tienen los conocimientos necesarios para decidir sobre la reproducción ni mucho menos planificarla. Estos derechos también se basan en acceder a prestaciones de salud por infertilidad o discapacidad reproductiva, a acceder a servicios de salud sexual en un marco de confidencialidad y autonomía y a la educación sexual integral y al aborto seguro.

Es importante mencionar que, hasta hace poco, los DSDR han sido atribuidos exclusivamente a mujeres cisgénero sosteniendo una noción cisheteronormativa del género y la reproducción. Si bien, para muchas personas los binomios “mujeres-madres” y “aborto-mujeres cisgénero representa una derivación lógica consistente”, esta responde a la existencia de imaginarios colectivos sobre la reproducción, regidos por una serie de mitos sobre los cuerpos, sus roles, el género y los deseos. Esta mitología acerca de la reproducción y el proceso gestacional como exclusivo de mujeres cisgénero se sostiene fundamentalmente en la articulación de tres premisas: la existencia de dos sexos (hembra - macho), la correspondencia unívoca con dos géneros, machos son varones y hembras son mujeres; y la existencia de un deseo cruzado, es decir heterosexual (Radi. En Wisky y Pagani, 2021).

El enfoque que se deriva de estas premisas cisheteronormativas consolida un marco sesgado a los márgenes de la inteligibilidad a todas aquellas personas cuya existencia no se deriva de esta lógica. Este sería el caso de personas intersex, trans, no binarias y de género fluido que operan fuera de este marco, pero que tienen la capacidad de gestar. Así, bajo el pretexto de que estas poblaciones “sólo representan una minoría”, se alude que no es necesario modificar marcos interpretativos que funcionan para una supuesta mayoría, dejando en la desprotección e invisibilidad la realidad de personas que no entran dentro del imaginario colectivo (Wisky y Pagani, 2021). Esto es, en términos resumidos, invisibilización y discriminación, se deja en desprotección y no se garantiza el acceso a los mismos derechos a las personas con capacidad de gestar. También podría entenderse en términos de conveniencia para el Estado, ya que dividir y reducir a los individuos al binomio hombre-mujer facilita el control y los convierte en una cifra, sin identidad ni particularidades.

A pesar de que es una realidad histórica y latente, las personas con capacidad de gestar, no contaban con una denominación que los reconociera. El concepto “personas con capacidad de gestar” se acuñó de manera que reuniera a todos los cuerpos que tuvieran esta capacidad y que respetará tanto su identidad de género como su orientación sexual. Se trata de un término de origen jurídico (sin quitar el reconocimiento de la enorme lucha de los colectivos trans y LGBTIQ+) que figura por primera vez en la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo de Argentina que fue sancionada por el Congreso Nacional de dicho país el 30 de diciembre de 2020. Esta ley fue precursora en incluir expresamente a los cuerpos

gestantes en una legislación en materia de aborto derrumbando la falsa creencia que solo mujeres cisgénero mueren en abortos inseguros (Martínez, 2021).

A partir de esta ley, en México, se dio una acción de inconstitucionalidad (148/2017) para reconocer que el derecho a la salud y derechos reproductivos forman parte de un todo, tanto de mujeres cisgénero, como de cuerpos gestantes relacionados con el ejercicio de su propio plan de vida y DSDR. Dicha sentencia define a los cuerpos gestantes como personas que no se identifican como mujeres, pero que tienen cuerpos que sí tienen la capacidad de gestar; tal es el caso de hombres trans, personas no binarias y otras identidades de género que pueden embarazarse (Martínez, 2021).

Radi (2020) menciona que, para la población trans, aunque tanto el derecho a la identidad de género como los DSDR son derechos humanos, en la práctica, esta población, se ve obligada a elegir entre ellos. Esta situación exige hacer foco en la dimensión eugenésica de las políticas trans, referidas a la obligación de renunciar a las capacidades reproductivas para tener acceso al reconocimiento legal de la identidad de género.

En algunos casos, la esterilización forzada es un resultado de los requisitos establecidos por la legislación o los tribunales, aunque no son exigencias abiertamente colocadas en los textos de la ley. Es decir, que a las personas con capacidad de gestar se les niega el uso de esta facultad, el Estado les pide que renuncien para ajustarse a la norma hetero binaria. La red de organizaciones Transgender Europe (TGEU, según sus iniciales en inglés) elabora reportes anuales sobre la situación legal de las personas trans en cada estado del continente europeo. Estos informes incluyen un índice detallado por país y un mapa que identifica a aquellos estados que exigen que las personas trans se sometan a un procedimiento de esterilización antes de modificar sus datos registrales. Esto devela que, las personas trans pierden su derecho a maternar o parternar yendo en contra de sus DSDR (Radi, 2020).

Los obstáculos que impiden a las personas trans hacer ejercicio pleno de sus DSDR no sólo se encuentran en la regulación jurídica, sino también en su articulación cultural (Radi, 2020). El imaginario colectivo acerca de la reproducción está gobernado por una serie de mitos sobre el género, los cuerpos y los deseos. Esta mitología no solo es internalizada y reproducida de manera individual, sino también por instituciones. En especial, debe mucho a la articulación de la medicina y la justicia, así como al compromiso de ambas con la diferencia sexual y el binario del género.

En este entramado cultural las personas trans y no binarias, y la capacidad de reproducirse se presentan como elementos mutuamente excluyentes. Las metáforas del cuerpo equivocado, la disforia de género, la renuncia

supuestamente voluntaria a la capacidad de procrear y una supuesta heterosexualidad constituyen la base del ideario que hace, de las personas trans, una población estéril, sin voluntad reproductiva ni prácticas sexuales fecundas (Meyerowitz, 2002; Valentine, 2007; Cabral, 2010; Radi, 2018).

En base a esta realidad, es importante mencionar que el abordaje de las personas trans de Argentina y el Reino Unido son particularmente relevantes dado el carácter progresista de su marco normativo en materia de identidad de género. La Ley de Identidad de Género Argentina no exige que las personas renuncien a sus capacidades reproductivas. Lo mismo pasa con Reino Unido, cuyas políticas no exigen una renuncia a la capacidad de reproducirse (Radi, 2020)

De esta manera, y a pesar de que la humanidad ha sido testigo de nuevas tecnologías que desafían nuestras creencias acerca de la reproducción humana, este parece seguir siendo un ámbito cultural exclusivo para personas cisgénero. Estas creencias se cristalizan en las representaciones del embarazo que, aunque se trata de una experiencia temporal, deja de ser una condición para convertirse en una identidad (Surkan, 2015). Entonces, se entiende que el embarazo es una experiencia privativa de las mujeres cisgénero y que las mujeres son mujeres porque se embarazan (Radi, 2020).

Esta exclusividad de que solo mujeres cisgénero se embarazan y el que hace del embarazo la identidad femenina, tiene como resultado que un hombre embarazado sea un oxímoron. La imagen de un hombre trans embarazado desafía los supuestos del género de manera tan profunda que se vuelve imperceptible. Este hombre solo puede ser visto como un hombre gordo (Surkan, 2015). Esto lleva a las representaciones sociales con las que se cuenta para definir el embarazo en una persona trans: 1) el embarazo trans es ilegal; 2) si no es ilegal, es inviable; y 3) si es viable, es invisible. Al verlo de esa manera, se duda de la necesidad de desarrollar políticas de salud sexual y reproductiva para esta población (Radi, 2020).

Por otro lado, la experiencia alrededor de un nacimiento, desde el embarazo hasta la maternidad (o paternidad en el caso de un hombre trans), se asocia generalmente a un ambiente de gran júbilo y de romanticismo entre madre y bebé; no hay lugar para expresar cansancio, mostrar arrepentimiento o, incluso, llorar. Como lo expresó Paola González, profesora de la Escuela de Psicología de la Universidad de Monterrey, la maternidad, a pesar de ser un hecho que pasa por el cuerpo, también atraviesa toda la psique de las personas gestantes, y no se puede pensar en la maternidad o paternidad solamente como un hecho fisiológico. Evidentemente, este romanticismo solo ha sido abordado en mujeres cisgénero, existiendo un vacío en las psiques de personas con capacidad de gestar (UDEM, 2022).

Las regulaciones que dictan quién puede y debe tener hijas/os/es y bajo qué condiciones son formas de ejercer el poder sobre todas las comunidades. Este ejercicio castiga de manera desproporcionada a las personas más vulnerables: las racializadas, las migrantes, las discapacitadas, las trans, entre otras. Mientras que las políticas identitarias tienden a beneficiar intereses económicos y raciales de los grupos hegemónicos, el modelo de justicia reproductiva, y su particular manera de involucrarse con la promoción y protección de los DSDR, permite “imaginar mejores futuros a través de formas radicales de resistencia y crítica” (Ross, 2018).

Es así que como dicta la frase “lo que no se nombra, no existe” las personas con capacidad de gestar son invisibilizadas y por lo mismo, no cuentan con regulación normativa o teórica que les nombre y beneficie para que puedan acceder a los mismos derechos que las mujeres cisgénero.

ANTICONCEPCIÓN

En países donde desde hace varios años se involucró la ESI en la enseñanza de la niñez y adolescencia con conceptos como respeto, convivencia, conocimiento del cuerpo, autonomía, resolución de problemas, toma asertiva de decisiones, autocuidado, etc., se ha logrado disminuir las tasas de embarazo adolescente. Sin embargo, no se desconoce que hay otros factores sociales, familiares, culturales y de servicios de salud que pueden influir en sus tasas de fecundidad. Para el cumplimiento de esta estrategia. Desde el año 2010, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (sigla en inglés UNESCO), en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la OMS el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNAIDS) desarrollaron un completo material pedagógico llamado “Orientaciones técnicas internacionales en educación sexual integral”. Este documento ha sido actualizado en 2018 y busca que los educadores, proveedores de salud y otras entidades involucradas con la niñez y adolescencia, desarrollen e implementen programas de ESI para las escuelas y colegios (González-Q, 2021). Es imprescindible que la educación incluya los temas de anticoncepción para el ejercicio pleno de los DSDR.

En Bolivia, la gestación no planeada y el aborto inseguro son todavía temas de gran importancia, tanto en magnitud como en la forma que son resueltos la mayoría de los embarazos no deseados. Desde hace más de una década, de acuerdo a las estimaciones de IPAS (organización no gubernamental sin fines de lucro que trabaja en Bolivia desde el año 1998 para fortalecer la capacidad de mujeres y jóvenes de ejercer sus Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos) se producen más de 50.000 abortos cada año, casi la cuarta parte del total de embarazos del país. Para el año 2010 se calcularon 52.057 abortos, para el 2016

eran 59.646 y el 2019 alcanzaron a 57.709. Según otros estudios, la letalidad por aborto es también alta (9,4% en 2000 y 7,7% en 2011) (Las cifras hablan III. Las cifras del aborto en Bolivia. 2021.)

Además, estas políticas tampoco se expresan en términos de “cuerpos con capacidad de gestar” y parecieran apuntar exclusivamente a mujeres cisgénero heterosexuales.

La Norma de Atención Integral para la Población LGBTI en Establecimientos de Salud emitida el año 2022 menciona que, en el área de ginecología, algunos métodos anticonceptivos que se administran no son los más indicados, que las personas LGBTIQ+ no indican la orientación sexual o identidad de género por miedo a ser estigmatizadas resultando en tratamientos y diagnósticos erróneos o poco efectivos.

Métodos Anticonceptivos en Personas con Capacidad de Gestar

La información y los servicios concernientes a métodos anticonceptivos son fundamentales para la salud y los DDHH de todas las personas. La prevención de los embarazos no deseados ayuda a reducir los trastornos relativos a las maternidades y paternidades. El retraso de los embarazos en personas con capacidad de gestar jóvenes, cuya salud corre mayor riesgo por problemas derivados de partos prematuros, así como la prevención de embarazos en cuerpos gestantes mayores que también corren mayores riesgos, son algunos de los importantes beneficios sanitarios de la planificación familiar.

Al reducir las tasas de embarazos no deseados, algunos anticonceptivos y métodos de barrera, como en el caso del preservativo, reducen también la necesidad de recurrir a abortos peligrosos, y la transmisión del VIH. Asimismo, esto puede beneficiar la educación y crear oportunidades para que las personas con capacidad de gestar participen plenamente en la sociedad, en particular en empleos remunerados.

Según estimaciones de 2017, en las regiones en desarrollo, 214 millones de mujeres en edad fecunda no pueden satisfacer sus necesidades de anticoncepción. Los motivos de ello son:

- acceso limitado a métodos anticonceptivos
- opciones limitadas de métodos anticonceptivos
- temor o experiencia de efectos secundarios
- oposición cultural o religiosa
- calidad deficiente de los servicios disponibles
- obstáculos relacionados con cuestiones de género.

Es importante asegurar la amplia disponibilidad y asequibilidad de servicios de planificación familiar prestados por proveedores de salud capacitados, para toda persona sexualmente activa, en particular los adolescentes.

Otros trabajadores sanitarios capacitados, por ejemplo, los agentes de salud comunitarios, también proporcionan asesoramiento sobre algunos métodos de planificación familiar, entre ellos, píldoras y preservativos. Para métodos tales como la esterilización, tanto mujeres cis como hombres cis se deben derivar a un médico clínico.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) fijados para 2030 deberán asegurar la amplia disponibilidad y utilización de los servicios de salud sexual y reproductiva. Esto incluye el apoyo a los servicios de anticoncepción mediante políticas públicas eficaces, y la prestación de servicios de alta calidad para las personas. La OMS promueve la anticoncepción por medio de directrices basadas en pruebas científicas sobre seguridad y prestación de servicios relativos a métodos anticonceptivos, y vela por el respeto de los DDHH en el contexto de programas relativos a la anticoncepción. Además, la Organización desarrolla normas de calidad y realiza la precalificación de productos anticonceptivos. (World Health Organization: WHO, 2019).

Métodos Anticonceptivos Hormonales

Los métodos anticonceptivos incluyen las píldoras anticonceptivas por vía oral, las implantaciones contraceptivas subcutáneas, las inyecciones, los parches, los anillos vaginales, los dispositivos intrauterinos, los preservativos, la esterilización masculina y femenina, el método de la amenorrea de la lactancia, el coito interrumpido y métodos basados en el conocimiento de la fecundidad. Estos métodos tienen diferentes mecanismos de acción y distintos grados de eficacia a la hora de prevenir embarazos no deseados. La eficacia de un método se mide por el número de embarazos por cada 100 mujeres que usan ese método por año.

Los métodos se clasifican según su eficacia en relación con la frecuencia de uso de la manera siguiente:

- Muy eficaz (0-0,9 embarazos por cada 100 mujeres)
- Eficaz (1-9 embarazos por cada 100 mujeres)
- Moderadamente eficaz (10-19 embarazos por cada 100 mujeres)
- Menos eficaz (20 o más embarazos por cada 100 mujeres).

Los MAC son variados y deben elegirse de acuerdo a criterios de elegibilidad entre anticonceptivos de barrera, anticonceptivos hormonales, métodos Intrauterinos, anticoncepción quirúrgica, anticonceptivos químicos, método de lactancia

amenorrea, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad («Métodos Anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud», 2014/2023).

Métodos anticonceptivos en personas en Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) con Testosterona

El entendimiento actual es que el aumento de los niveles de andrógenos en el sistema del eje Hipotalámico-Pituitario-Gonadal-Ovárico interrumpe el ciclo en numerosos puntos, perjudicando la capacidad de ovular. Aunque la ovulación se ve afectada por la presencia de aumento de andrógenos, no está completamente ausente. Si bien no hay grandes estudios sobre los patrones ovulatorios de personas Trans Masculinas que toman testosterona, hay datos sobre fecundidad en poblaciones de pacientes con sistemas HPG-O que tienen exceso de andrógenos endógenos. La testosterona no es conocida como una contraindicación para cualquier forma de anticoncepción, a las personas en TRH con testosterona se les debe ofrecer todas las opciones. El asesoramiento debe ser integral e individualizado. Los deseos futuros de fertilidad deben ser tenidos en cuenta al discutir las opciones para aquellos que buscan anticoncepción, muchas de las consideraciones son las mismas que para las mujeres cisgénero (American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2019).

Métodos:

- **Métodos de barrera.** Los preservativos y otros tipos de anticonceptivos de barrera ayudan a prevenir el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.
- **Dispositivo intrauterino (DIU).** Un DIU que contenga la hormona progestina puede servir como anticonceptivo y disminuir el sangrado menstrual.
- **El DIU de cobre:** No contiene ninguna hormona. Es una buena opción para las personas que prefieren un método anticonceptivo sin hormonas, o que no pueden usar métodos anticonceptivos hormonales por motivos médicos.
- **Anticonceptivos hormonales.** Un anticonceptivo que contenga la hormona estrógeno, incluso una combinación de píldoras anticonceptivas y un parche anticonceptivo, pueden ser una opción para hombres trans. Las investigaciones han descubierto que es poco probable que la cantidad de estrógeno que contienen los anticonceptivos contrarreste de manera significativa los efectos de las hormonas masculinizantes.
- **Anticonceptivos permanentes.** Las opciones de anticonceptivos permanentes incluyen la ligadura de trompas, una cirugía que bloquea las trompas de Falopio en forma permanente y la extirpación completa de las trompas de Falopio (salpingectomía).

La testosterona puede disminuir la fertilidad, pero no la elimina por completo. En caso de embarazo se debe suspender la administración de testosterona debido a que puede causar defectos de nacimiento en el feto.

Métodos anticonceptivos para personas en terapia de reemplazo hormonal

Ningún método individual es el mejor. Lo que sea que alguien se sienta cómodo usando es lo más importante. Según la opinión de expertos del Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), las personas trans y no binaries que fueron asignadas mujeres al nacer pueden elegir cualquier método anticonceptivo disponible, incluso si están tomando testosterona. Deben discutir sus opciones con un proveedor de atención médica porque puede haber algunos métodos que no son seguros para ellos debido a condiciones de salud subyacentes, pero no debido a su identidad de género. Los hombres trans y las personas no binaries asignadas como mujer al nacer (ya sea que estén tomando testosterona o no) pueden usar algunos métodos anticonceptivos para detener o controlar sus períodos (Ray, 2019).

USAR TESTOSTERONA NO ES UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO NI DE BARRERA.

INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO

La interrupción legal del embarazo en Bolivia de forma insegura es un problema de salud pública. Según el informe "Legalización del aborto en Bolivia (Cuestión de Salud Pública y Derechos Humanos, no de Moral)" publicado en 2017 dicta que "en el país se producen más de 100 abortos clandestinos e inseguros cada día, en condiciones que ponen en grave riesgo la salud de las mujeres cisgénero en todo el país y que alrededor de 60 muertes suceden por cada 10.000 abortos".

Por eso los esfuerzos se centran en realizar rutas críticas para solicitar la interrupción legal del embarazo dentro del marco de lo establecido por la ley. Sin embargo, la normativa boliviana establece las causas en las que una mujer cisgénero podrá acceder a un aborto legal y seguro, y estas son: violación, incesto, estupro, riesgo para la salud de la madre, malformaciones fetales incompatibles con la vida, reproducción asistida no consentida por la mujer cis, y en los casos que la embarazada sea niña o adolescente.

Bolivia no es la excepción en operar bajo el enfoque binario heteronormativo que mancilla el lenguaje e inclusión de personas con capacidad de gestar de las diversidades y falla en incluirlos explícitamente en normas, protocolos e incluso como población en estudios o campañas, tomando en cuenta solamente mujeres cisgénero.

En todo el territorio boliviano, la regulación del aborto impune desde 1972 se rige por el sistema de causales, es decir, el aborto es legal en los casos en los que está en riesgo la vida o la salud de la mujer cisgénero y si el embarazo es producto de violencia sexual. El Art. 266 (Aborto Impune) señala que "Cuando el aborto hubiere sido consecuencia de un delito de violación, estupro o incesto, no se aplicará sanción alguna. Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios. En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer."

La modificación del artículo 266 del Código Penal por la Sentencia Constitucional Plurinacional (SCP) 0206/2014 indica que el aborto impune se aplica a "mujeres" (entendidas como mujeres cisgénero), lo que podría entenderse como una exclusión a las identidades trans que hayan accedido al cambio de nombre mediante la Ley No. 807. Sin embargo, si bien no se menciona explícitamente estos casos este artículo del Código Penal aplica a toda persona con capacidad de gestar.

Ituarte y Lopez - Gomez, (2021) reconocen como los principales motivos para interrumpir el embarazo como la imposibilidad económica, estudios, preparación emocional y psicológica y por qué el embarazo no era una opción. También se hace presente las influencias en la toma de decisión como la comunicación o identificación con la familia, la angustia o ansiedad familiar, la penalización moral antes y después y el aislamiento o exclusión social y la contraversión con la pareja. Mientras en centros de salud indican la escasa o imprecisa información y formación otorgada, la competencia o el sentimiento de seguridad y confiabilidad como también la resistencia de los profesionales por convicciones morales, valores o estereotipos.

El Informe Defensorial "Desiguales ante la Ley" indagó acerca de la existencia de embarazos producto de hechos de violencia sexual y el ejercicio de la ILE, conforme normativa vigente. El 50% de personas trans masculinos indicaron que tuvieron un embarazo producto de violencia sexual, le siguen las personas no binarias con un 16% y personas disidentes de género con el 12%.

Por otro lado, se les consultó a las personas que señalaron haber sufrido un hecho de violencia sexual si pudieron acceder a una ILE, conforme señala la SCP 0206/2014. Solo un 22% de personas accedieron a una ILE, en tanto que el 78% no lo hicieron. El ejercicio al derecho de una ILE, en el caso de personas con diversa orientación sexual fue del 50% en la población asexual, 33% en personas disidentes sexuales, 31% en personas bisexuales y del 25% en mujeres lesbianas. En el caso de la población con diversa expresión o identidad de género, se tiene que el acceso al ILE se produjo preponderantemente en personas disidentes de género (50%), en

segundo lugar, las personas no binaries (25%), finalmente en menor proporción con el 8% las personas trans masculinas.

Despenalización social y moral del aborto impune.

La moral es un concepto que se apoya en estándares de comportamiento en una sociedad determinada. La moralidad se refiere a lo que las sociedades ven como correcto y aceptable (*Morales, s. f.*).

Se podría afirmar que el concepto de "despenalización social y moral del aborto" tiene que ver con la instalación pública y visibilización del aborto como una práctica cotidiana y una experiencia más en la vida de las personas con capacidad de gestar.

Esto tiene que ver con convertirse propiamente en una herramienta legal de control de la maternidad donde la decisión recae únicamente sobre la persona gestante y no sobre el médico como en casos de que el embarazo atente contra la salud de la persona o sobre el personal de justicia como por ejemplo en casos de violación.

La despenalización moral y social del aborto se relaciona en un primer lugar a cambiar la concepción social del discurso de la domesticidad y el sentimiento innato por la maternidad, conceptos que se relacionan con el machismo que aún es presenciado en varias sociedades, en segundo lugar es importante mencionar la necesidad de atribuir la decisión a la persona gestante y no al sistema médico o de justicia y como tercer punto podemos mencionar que la despenalización social y moral del aborto es una herramienta importante para la legalización y por consiguiente el cuidado de las personas gestantes que al no poder acudir a una intervención supervisada por médicos, se ven en la necesidad de realizar una intervención insegura que es potencialmente peligrosa para su salud e incluso su vida (*La despenalización social, fruto de la organización de las mujeres y la colectiva feminista, s. f.*).

Tipos de Interrupción del Embarazo

Desde el Código Penal boliviano se tiene los siguientes artículos referidos a la interrupción del embarazo:

Aborto (Art. 263)

El que causare la muerte de un feto en el seno materno o provocare su expulsión prematura, será sancionado:

- 1) Con privación de libertad de dos a seis años, si el aborto fuere practicado sin el consentimiento de la mujer o si ésta fuere menor de diez y seis años.
 - 2) Con privación de libertad de uno a tres años, si fuere practicado con el consentimiento de la mujer.
 - 3) Con reclusión de uno a tres años, a la mujer que hubiere prestado su consentimiento.
- La tentativa de la mujer no es punible.

Aborto Seguido de Lesión o Muerte (Art. 264)

Cuando el aborto con el consentimiento de la mujer fuere seguido de lesión, la pena será de privación de libertad de uno a cuatro años; y si sobreviniere la muerte, la sanción será agravada en una mitad. Cuando del aborto no consentido resultare una lesión, se impondrá al autor la pena de privación de libertad de uno a siete años; si ocurriere la muerte, se aplicará la de privación de libertad de dos a nueve años.

Aborto Honoris Causa (Art. 265)

Si el delito fuere cometido para salvar el honor de la mujer, sea por ella misma o por terceros, con consentimiento de aquélla, se impondrá reclusión de seis meses a dos años, agravándose la sanción en un tercio, si sobreviniere la muerte.

Aborto Impune (Art. 266)

Cuando el aborto hubiere sido consecuencia de un delito de violación, raptó no seguido de matrimonio, estupro o incesto, no se aplicará sanción alguna, siempre que la acción penal hubiere sido iniciada.

Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios. En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer y autorización judicial en su caso.

Aborto Preterintencional (Art. 267)

El que mediante violencia diere lugar al aborto sin intención de causarlo, pero siéndole notorio el embarazo o constándole éste, será sancionado con reclusión de tres meses a tres años.

Aborto Culposos (Art. 268)

El que por culpa causare un aborto, incurrirá en prestación de trabajo hasta un año.

Práctica Habitual del aborto (Art. 269)

El que se dedicare habitualmente a la práctica de aborto, incurrirá en privación de libertad de uno a seis años.

NORMATIVA NACIONAL E INTERNACIONAL APLICABLE EN BOLIVIA EN RELACIÓN A INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO Y ATENCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA PERSONAS DE LAS DIVERSIDADES SEXUALES Y GENÉRICAS CON CAPACIDAD DE GESTAR.

El Estado Plurinacional de Bolivia posee una serie de instrumentos legales, nacionales e internacionales, los segundos suscritos por el Estado, dirigidos a garantizar el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de la población en general, y aunque los mismos fueron proyectados bajo un sistema binario, sin contemplar la diversidad de cuerpos e identidades de género que presenta la población, deben ser aplicados para la protección de las personas de las diversidades sexuales y genéricas con capacidad de gestar, considerando su situación de vulnerabilidad, bajo una lectura e interpretación amplia, progresiva y favorable de las normas, en armonía con los principios de igualdad y no discriminación, con el fin de garantizar el acceso a estos derechos por parte de esta población que ha sido excluida históricamente, y que enfrenta barreras en el acceso a servicios de salud de calidad, y restricciones sobre la libertad sobre sus cuerpos. A continuación, se hará mención de las más importantes:

NORMATIVA INTERNACIONAL

Organización de las Naciones Unidas

La Organización de las Naciones Unidas cuenta con tratados específicos a los que el Estado Plurinacional de Bolivia se ha comprometido en el pleno uso de su soberanía, y además este organismo internacional intergubernamental a través de sus diferentes órganos y comisiones ha emitido observaciones y recomendaciones generales y específicas dirigidas a Bolivia, estas no son menos importantes ya que si bien no son vinculantes marcan directrices para el cumplimiento de los tratados que si los son. En relación a los derechos sexuales y reproductivos debemos considerar aquellos que se refieren al derecho a la igualdad, salud, dignidad, libertad, seguridad personal, privacidad, libertad de pensamiento y conciencia.

INSTRUMENTO	AÑO	Contenido sobre aborto, y atención de salud sexual y reproductiva
DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. Bolivia se adhiere mediante DS N° 16575 del 13 de junio de 1979, elevado a rango de Ley N° 1430 promulgada el 11 de febrero de 1993	1948	En sus Arts. 1,3, 12 y 18 establece la igualdad en dignidad y derechos, el derecho a la libertad, seguridad personal, privacidad, libertad de pensamiento, conciencia y religión.
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS Bolivia se adhiere mediante DS N° 18950 del 17 de mayo de 1982,	1966	En sus Arts. 6, 17 y 18 reconoce el derecho a la privacidad y la libertad de conciencia.

elevado a rango de ley N° 2119 promulgada el 11 de septiembre de 2000.		
Observaciones generales del Comité de Derechos Humanos		
Observación General N° 20, prohibición de la tortura y los tratos o penas crueles, 1992	1992	Ambas observaciones instan a los Estados a informar sobre medidas que adoptaron para prevenir los embarazos no deseados, así como el acceso al aborto para embarazos producto de violación , en condiciones de seguridad. De igual forma reconoce que la tortura no se limita a sufrimiento físico sino también al sufrimiento moral.
Observación General N° 28, La Igualdad de Derechos entre Hombres y Mujeres, 2000	2000	
Dictámenes del Comité De Derechos Humanos sobre casos cuasi contenciosos		
Caso Karen Llantoy (K.L.) v. Perú DICTAMEN Comunicación No. 1153/2003	2003	En el caso de denegación de acceso al aborto impune por un riesgo médico, el Comité de Derechos Humanos, considera que los hechos que tiene ante sí ponen de manifiesto una violación de los artículos 2, 7, 17 y 24 del Pacto.
Caso Amanda Jane Mellet Vs. Irlanda, DICTAMEN CCPR/C/116/D/2324/2013	2013	2013 Ante la negativa de garantizar el acceso al aborto en Irlanda, el Comité considera que el Estado debe revisar su legislación sobre la interrupción voluntaria del embarazo, e incluso su Constitución de ser necesario.
Recomendaciones a Bolivia del Comité de Derechos Humanos		
Recomendación CCPR/C/BOL/CO/3, 6 de diciembre de 2013	2013	En 2013 El Comité recomienda al Estado suprimir la autorización judicial previa en los casos de aborto terapéutico y como consecuencia de una violación, estupro o incesto.
Recomendación CCPR/C/BOL/CO/4, 2 de junio de 2022	2022	En 2022 el Comité recomendó garantizar el acceso a servicios adecuados de salud sexual y reproductiva , al acceso efectivo y oportuno a la interrupción legal del embarazo y que la objeción de conciencia no sea una barrera para el ejercicio de estos derechos.
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES PIDESC Bolivia se adhiere mediante DS N° 18950 de 17 de mayo de 1982, elevado a rango de Ley N° 2119	1966	Artículo 12 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental .

promulgada el 11 de septiembre de 2000 (Depósito del Instrumento de Ratificación el 12 de agosto de 1982)		
Observaciones generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales Y Culturales		
Observación general núm. 22 , relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 2016	2016	Reconoce que el derecho a la salud sexual y reproductiva es una parte integrante del derecho a la salud , recomendando eliminar todos los obstáculos al acceso de las mujeres a servicios, bienes, educación e información integrales en materia de salud sexual y reproductiva.
Recomendaciones a Bolivia del Comité de Derechos Económicos, Sociales Y Culturales		
Recomendación E/C.12/BOL/CO/2, de 8 de agosto de 2008	2008	El Comité alienta al Estado a tomar medidas para afrontar el problema de la mortalidad de las mujeres a causa de los abortos clandestinos. Recomienda que en los programas escolares los temas de educación sexual y de métodos de planificación familiar sean abordados abiertamente.
Recomendación E/C.12/BOL/CO/3, 5 de noviembre de 2021.	2021	El Comité recomienda fortalecer las capacidades del personal de salud sobre los derechos de las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales , así como contar con protocolos de atención para estos casos.
CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER CEDAW Bolivia ratifica mediante Ley N° 1100 el 15 de septiembre de 1989	1979	En sus Arts. 10, 11, 12 y 14 establece la obligación de los estados de eliminar la discriminación de la mujer en el acceso a la salud, en especial en relación a la planificación familiar y servicios durante el embarazo.
Recomendaciones generales del Comité Para La Eliminación De La Discriminación Contra La Mujer - CEDAW		
Recomendación General N° 21 , La igualdad en el matrimonio y las relaciones familiares, 1994	1994	información acerca de las medidas anticonceptivas y su uso, así como garantías de recibir educación sexual y servicios de planificación de la familia,
Recomendación General N° 35 , sobre la violencia por razón de género contra la mujer, 2017	2017	Son formas de violencia por razón de género que, y pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante, las violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, el embarazo forzado , la tipificación como delito del

		aborto, la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto, la continuación forzada del embarazo y el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos.
Dictámenes del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer sobre casos cuasi contenciosos		
Caso L.C. vs. Perú, CEDAW (Communication No. 22/2009)	2009	2009 Ante un caso de embarazo infantil en Perú, el Comité considera que el Estado debe establecer un marco jurídico apropiado que permita a las mujeres disfrutar de su derecho al aborto terapéutico en condiciones que garanticen la necesaria seguridad jurídica.
Recomendaciones a Bolivia del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer		
CEDAW/C/BOL/CO/4, de 8 de abril de 2008	2008	41. El Comité exhorta al Estado Parte a tomar las medidas necesarias para resolver la situación de impasse en que se encuentra la Ley 1810 y promulgarla lo antes posible. Asimismo, el Comité insta al Gobierno a que fortalezca la ejecución de programas y políticas de planificación familiar y de salud reproductiva encaminadas a brindar un acceso efectivo a las mujeres y a las adolescentes, especialmente en el medio rural, a la información sobre la atención y los servicios de salud, en particular en materia de salud reproductiva y métodos anticonceptivos asequibles, de acuerdo con la recomendación general 24 del Comité sobre el acceso a la atención de salud y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. El Comité recomienda asimismo que el Estado Parte intensifique sus esfuerzos por incorporar la educación sexual en función de la edad en los planes de estudios y organice campañas de información para impedir los embarazos entre las adolescentes. 43. El Comité recomienda al Estado Parte que integre una perspectiva de género en su política nacional de salud, en consonancia con la recomendación general 24 y mejore el acceso a los servicios de salud para los grupos más vulnerables de mujeres, especialmente las de zonas rurales y las indígenas. El Comité exhorta al Estado Parte a que actúe sin dilación y adopte medidas CEDAW/C/BOL/CO/4 08-29817 9 eficaces para resolver el problema de la elevada tasa de mortalidad materna garantizando la atención médica adecuada durante el

		embarazo, parto y posparto y asegurando el acceso a las instalaciones de atención de salud y a la asistencia médica prestada por personal capacitado en todas las zonas del país, en particular en las zonas rurales. El Comité insta al Estado Parte a que proceda a la reglamentación de las disposiciones legales vigentes, relativas al derecho al aborto terapéutico de las mujeres bolivianas. Asimismo, el Comité insta al Estado Parte a que permita que las mujeres accedan a servicios de calidad para la atención de las complicaciones derivadas de los abortos practicados en condiciones de riesgo de cara a reducir las tasas de mortalidad materna.
CEDAW/C/BOL/CO/5-6, de 28 de julio de 2015	2015	a) Refuerce las medidas para reducir la tasa de mortalidad materna y vele por la prestación de servicios obstétricos esenciales a las mujeres embarazadas, en particular en las zonas rurales y alejadas y entre las indígenas y afrodescendientes; b) Imparta educación escolar apropiada a cada edad sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos conexos y vele por el acceso asequible a los servicios y la información sobre los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y los niños adolescentes, realice campañas de sensibilización sobre los métodos anticonceptivos modernos en idiomas indígenas, y aumente el acceso a anticonceptivos seguros y asequibles en todo el Estado parte; c) Modifique las disposiciones legales pertinentes a fin de despenalizar el aborto y vele por que este pueda practicarse de manera legal en casos de amenazas a la vida o la salud de las mujeres embarazadas, violación, incesto y defectos graves del feto, y garantice la aplicación debida de la sentencia del Tribunal Constitucional por la que se elimina el requisito de la autorización judicial para el acceso al aborto en casos de violación o incesto.
CEDAW/C/BOL/CO/7, de 12 de julio de 2022	2022	a) Adopte una ley integral y un plan estratégico sobre salud sexual y reproductiva, con 25 metas e indicadores claros, un sistema de seguimiento y una asignación presupuestaria suficiente; b) Intensifique los esfuerzos para reducir la tasa de mortalidad materna, incluido por mejoras en el acceso a la atención prenatal y posnatal y a los

		servicios obstétricos de emergencia prestados por parteras calificadas en todo el territorio del Estado parte; c) Asegure el cumplimiento de la orden de la Corte Constitucional de abolir el requisito de autorización judicial para el aborto, y garantice la efectividad del aborto en casos de violación, incesto y amenazas a la vida o la salud de la mujer embarazada; despenalizarlo en todos los demás casos; y asegurar que el ejercicio de la objeción de conciencia no impida el acceso efectivo de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva. d) Vele por que todas las mujeres y las niñas, en particular las mujeres y adolescentes de las zonas rurales, tengan acceso a formas modernas y gratuitas de anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia, e información y asesoramiento sobre planificación familiar; e) Fortalezca la implementación de estrategias para la prevención de embarazos precoces, incluyendo la aprobación de un nuevo plan para este fin y la educación integral en salud y derechos sexuales y reproductivos; f) Amplié la cobertura de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y asignar los recursos necesarios para garantizar el acceso a servicios de salud asequibles y culturalmente apropiados para las mujeres y niñas de áreas rurales, así como para las mujeres indígenas y afrobolivianas; g) Garantice la accesibilidad de los servicios e centros de atención médica para mujeres y niñas con discapacidad y capacite a los profesionales de la salud sobre sus necesidades específicas de salud, incluidos los derechos de salud sexual y reproductiva, y aumente la conciencia sobre las formas intersectantes de discriminación que enfrentan en el sistema de salud.
Convención Contra La Tortura Y Otros Tratos Crueles e Inhumanos Ratificado por Bolivia mediante Ley N° 1930 promulgada el 10 de febrero de 1999.	1984	En el Artículo 1 define la "tortura" como todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, también cuando se cometen por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación.

Recomendaciones del Comité contra La Tortura a Bolivia		
CAT/C/BOL/CO/2, de 14 de junio de 2013	2013	El Comité recomienda al Estado parte debe garantizar que las mujeres víctimas de una violación que decidan interrumpir voluntariamente su embarazo tengan acceso a servicios de aborto seguros y eliminar cualquier impedimento innecesario a los mismos.
CAT/C/BOL/CO/3, de 29 de diciembre de 2021	2021	El Comité invita al Estado parte a continuar revisando su legislación penal con el fin de garantizar el acceso legal, seguro y efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo cuando llevarlo a término podría ocasionar un daño o sufrimiento sustancial a la mujer o niña embarazada, especialmente en los casos en que el embarazo no sea viable.
Examen Periódico Universal		
Recomendaciones a Bolivia EPU Primer Ciclo	2010	
Recomendaciones a Bolivia EPU Segundo Ciclo	2014	Uruguay. 113.30. Incrementar los esfuerzos para aprobar legislación sobre derechos sexuales y reproductivos de conformidad con las obligaciones internacionales asumidas en virtud de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (Aceptada). Uruguay. 113.31. Revisar las leyes penales relativas a la criminalización de mujeres y niñas en casos de aborto, así como de los médicos que lo practican. (Aceptada). Finlandia. 114.21: Implementar el Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2015, in-cluyendo la asignación de recursos presupuestarios adecuados para su implementación plena y efectiva. El Estado Plurinacional de Bolivia debe garantizar el acceso eficiente a la información de mujeres y niñas sobre sus derechos. (Aceptada con la aclaración que ya se ha implementado o está en proceso de implementación). Eslovenia. 114.76: Revisar la legislación respectiva para eliminar el requisito de autorización judicial previa para el aborto terapéutico y el aborto en casos de violación e incesto (Aceptada con la

		aclaración que ya se ha implementado o está en proceso de implementación). México. 114.77: Crear regulaciones y políticas públicas a favor de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente los de las mujeres y la población indígena. (Aceptada con la aclaración que ya se ha implementado o está en proceso de implementación). Israel. 114.112: Proteger los derechos reproductivos de las niñas y las mujeres, adoptando reformas jurídicas que eliminen el requisito de autorización judicial previa para el aborto. (Aceptada con la aclaración que ya se ha implementado o está en proceso de implementación). Países Bajos. 114.111. Para lograr una implementación plena y efectiva del Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, movilizar recursos adecuados para mejorar el acceso de las mujeres al sistema de justicia (Aceptada con la aclaración que ya se ha implementado o está en proceso de implementación).
Recomendaciones a Bolivia EPU Tercer Ciclo	2019	Ucrania. 115.140: Reforzar la legislación y el marco normativo relativo a los derechos sexuales y reproductivos. (Aceptada). Bélgica. 115.141: Seguir adoptando medidas para aplicar la legislación vigente que garantiza la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas. (Aceptada). México. 115.150: Reforzar las políticas de protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas, especialmente las mujeres indígenas, entre otras vías mediante campañas informativas sobre planificación familiar y el acceso a la interrupción legal del embarazo. (Aceptada). Uruguay. 115.151: Seguir avanzando en la puesta en marcha del Sistema Único de Salud, incorporando un enfoque de género que incluya la atención a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, entre otras cosas mediante la adopción de las medidas necesarias para eliminar los obstáculos existentes al acceso

		a la interrupción voluntaria del embarazo en sus presupuestos ya legales. (Aceptada con la aclaración que ya se ha implementado o está en proceso de implementación). Francia. 115.154: Velar por que se respeten la salud y los derechos sexuales y reproductivos permitiendo el aborto legal y seguro en todas las situaciones y a todas las mujeres y las jóvenes. (Toma nota, aclarando que realizaría los mayores esfuerzos para lograr su cumplimiento). Portugal. 115.214: Seguir adoptando medidas para luchar contra el trabajo infantil y la pobreza de los niños, para lograr que todos los niños tengan acceso a servicios de educación y atención de la salud adecuados y para combatir el embarazo precoz. (Aceptada). México. 115.150: Reforzar las políticas de protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas, especialmente las mujeres indígenas, entre otras vías mediante campañas informativas sobre planificación familiar y el acceso a la interrupción legal del embarazo. (Aceptada). Uruguay. 115.151: Seguir avanzando en la puesta en marcha del Sistema Único de Salud, incorporando un enfoque de género que incluya la atención a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, entre otras cosas mediante la adopción de las medidas necesarias para eliminar los obstáculos existentes al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en sus presupuestos ya legales. (Aceptada con la aclaración que ya se ha implementado o está en proceso de implementación). Eslovenia. 115.152: Despenalizar el aborto en todas las circunstancias y velar por que haya servicios de salud sexual y reproductiva disponibles y accesibles para todos. (Toma nota, aclarando que realizaría los mayores esfuerzos para lograr su cumplimiento). Fiji. 115.153. Aplicar plenamente la decisión del Tribunal Constitucional Plurinacional de eliminar el requisito de obtener una autorización judicial para acceder a un aborto legal y seguir eliminando todos los obstáculos a un acceso
--	--	--

		efectivo, oportuno y asequible al aborto legal y en condiciones de seguridad. (Toma nota, aclarando que realizaría los mayores esfuerzos para lograr su cumplimiento). Francia. 115.154: Velar por que se respeten la salud y los derechos sexuales y reproductivos permitiendo el aborto legal y seguro en todas las situaciones y a todas las mujeres y las jóvenes. (Toma nota, aclarando que realizaría los mayores esfuerzos para lograr su cumplimiento). Alemania. 115.155: Eliminar el requisito de presentar una denuncia para acceder a la Interrupción Legal del Embarazo en caso de violación y modificar la legislación para despenalizar el aborto (Toma nota, aclarando que realizaría los mayores esfuerzos para lograr su cumplimiento). Islandia. 115.156: Eliminar las sanciones penales contra las mujeres y las jóvenes en caso de aborto voluntario y eliminar todos los obstáculos actuales que impiden acceder a la interrupción legal, asequible y oportuna del embarazo. (Toma nota, aclarando que realizaría los mayores esfuerzos para lograr su cumplimiento). Luxemburgo. 115.157: Reformar el Código Penal para despenalizar el aborto y velar por que no se sancione a las mujeres y las jóvenes que soliciten u obtengan un aborto, ni a los médicos que lo realicen (Toma nota, aclarando que realizaría los mayores esfuerzos para lograr su cumplimiento).
Organización Mundial de la Salud		
Directrices sobre la atención para el aborto – OMS	2022	Es un conjunto completo de todas las recomendaciones y declaraciones de prácticas óptimas de la OMS relativas al aborto. REGLAMENTACIÓN DEL ABORTO Tipificación Se recomienda la despenalización total del aborto. Enfoques basados en supuestos a. No se recomienda la promulgación de leyes y otras reglamentaciones que restrinjan el aborto basándose en supuestos.

		b. Se recomienda que el aborto esté accesible a demanda de la mujer, niña <u>u otra persona embarazada</u>. Límites a la edad gestacional No se recomienda la promulgación de leyes y otras reglamentaciones que prohíban el aborto basándose en límites de edad gestacional.
--	--	--

Organización de Estados Americanos

De igual forma, el sistema regional de protección de Derechos Humanos, a través de las convenciones, reconoce los derechos a la libertad, seguridad personal, libertad de conciencia y religión, salud, bienestar físico, mental, y privacidad. Y a través de sus órganos como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, han generado estándares e interpretaciones amplias de estos derechos, **siendo los que provienen de la Corte IDH vinculantes para nuestro Estado por integrar el Bloque de Constitucionalidad.**

INSTRUMENTO	AÑO	Contenido sobre anticoncepción, aborto, y atención de salud sexual y reproductiva
Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre	1948	Reconoce la igualdad en dignidad y derechos. Establece el derecho libertad y seguridad.
Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) Ratificada por Ley N° 1430, 11 de febrero de 1993	1969	En sus Arts. 4, 11 y 12, reconoce el derecho a la honra, la dignidad, a la privacidad, libertad de conciencia y religión.
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador" Ratificado a través de la Ley N° 3293, 12 de diciembre de 2005.	1988	Reconoce el derecho de toda persona a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer "Convención de Belem do Para"	1994	En sus Arts. 1 y 2 incluye a la violencia sexual, violación, maltrato, entre otros como formas de violencia contra la mujer.
Informes de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos		
Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos, párrs. 95 y 97, OEA/Ser.L/V/II. doc. 61 (Nov. 22, 2011)	2011	Sobre la objeción de conciencia señala que un profesional de la salud puede negarse a atender a un paciente, pero lo debe transferir sin objeción a otro profesional de la salud que puede proveer lo solicitado por el paciente. La CIDH considera que los Estados deben garantizar que las mujeres no se vean

		impedidas de acceder a información y a servicios de salud reproductiva , y que frente a situaciones de objetores de conciencia en el ámbito de la salud
Petición resuelta en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos		
Caso MZ CASO 12.350 M.Z. INFORME DE SOLUCIÓN AMISTOSA Nº 103/14	2008	Caso de violencia sexual, ocurrido en 1994, donde su procedimiento jurídico fue agotado a nivel interno y fue presentado a la CIDH, y después de un largo proceso, la petición fue resuelta con un acuerdo de solución amistosa con el Estado Boliviano, y en el año 2008 se suscribieron ocho compromisos del Estado, entre los más importantes crear una Unidad Especializada para la atención de víctimas de violencia sexual, crear una Unidad Especial para desarrollar los estudios científico – técnico requeridos para la investigación de los delitos a la libertad sexual. Y realizar en un plazo máximo de dos años los ajustes necesarios para que los espacios físicos en los que las víctimas de violencia sexual presten sus declaraciones.
Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos		
Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia: Corte IDH. Caso Artavia Murillo y otros ("Fecundación in vitro") vs. Costa Rica, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte IDH (ser. C) No. 257 (párr. 147 y 148), 2012.	2012	Determina que, los derechos a la privacidad y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud . La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva. Existe por tanto una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica. Los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud para lograr una efectiva protección del derecho a la integridad personal.

NORMATIVA NACIONAL

Desde el año 2009 con la aprobación la "Nueva Constitución Política del Estado" y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, se puede evidenciar que existen avances en la normativa en el país con la intención de garantizar el ejercicio de estos derechos. Adicionalmente la emergencia por los casos de violencia en razón de género, obligó al Estado a desarrollar normativa que proteja a la población vulnerable en los casos de violencia sexual y de género.

Lamentablemente pese a los esfuerzos existentes y las recomendaciones de organismos internacionales no se ha avanzado en la despenalización del aborto; por tanto, la normativa nacional gira entorno a las causales legales para la interrupción del embarazo establecidos por la Sentencia Constitucional 206/2014 que reconoce la legalidad de la interrupción del embarazo en casos de violación, incesto, estupro y riesgo para la salud o vida de la mujer. A continuación, presentamos un cuadro que extrae algunos de los aspectos más relevantes sobre la temática de los derechos sexuales y reproductivos; la interrupción legal del embarazo y otros aspectos de género que son importantes considerar en el análisis.

INSTRUMENTO NORMATIVO	FECHA DE APROBACIÓN	Contenido sobre anticoncepción, aborto, y atención de salud sexual y reproductiva
"Constitución Política del Estado"	25 de enero de 2009	- El estado garantiza la libertad de creencias y el derecho a no sufrir violencia física, sexual o psicológica, tanto en la familia como en la sociedad. Asimismo, el Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia de género y generacional (Art. 4; Art. 15 II., III.) - El Art. 66 garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos. - El estado reconoce la aplicación preferente de los tratados internacionales sobre derechos humanos que posean derechos más favorables. (Art. 256)
"Código Penal Boliviano" Decreto Ley N° 10426 Elevado a rango de Ley N° 1768 el 10 de marzo de 1997	23 de agosto de 1972	- El aborto en Bolivia se encuentra penalizado en los artículos 263 – 269 del Código Penal; sin embargo, la Sentencia Constitucional 206/2014 de 5 de febrero de 2014, orienta sobre el reconocimiento de la legalidad de la interrupción del embarazo en casos de violación, incesto, estupro y riesgo para la salud o vida de la mujer. - El Art. 179 bis. Establece la protección a menores de edad sobre el ejercicio de sus derechos sexuales en el uso de las tecnologías de la información.
"Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia" Ley N° 348	9 de marzo de 2013	- Pese a que la ley ha sido proyectada y nominada con un enfoque hacia las mujeres cisgénero; en el Art. 5, parágrafo IV. amplía su ámbito de aplicación a toda persona que, por su situación de vulnerabilidad, sufra cualquiera de las formas de violencia que sanciona la Ley, independientemente de su género. - La Ley obliga al estado a adoptar y coordinar la ejecución de políticas públicas involucrando la prevención de la violencia hacia las mujeres, su atención y protección. (Art. 8)
"Ley de Educación Avelino Siñani-Elizardo Pérez" Ley N° 070	20 de diciembre de 2010	- En nuestro país, la educación tiene como una de sus finalidades promover una sociedad despatriarcalizada, cimentada en la equidad de género, la no diferencia de roles, la no violencia y la

		vigencia plena de los derechos humanos. (Art. 4 núm.6)
"Ley de Prestación del Sistema Integral de Salud" Ley N° 475	30 de diciembre de 2013	- En su redacción original, la ley incluía en sus definiciones sobre las atenciones de Salud Sexual y Reproductiva; la orientación y provisión de métodos de anticoncepción voluntaria y libremente consentida. Sin embargo, con las modificaciones introducidas por la "Ley N°1069 de 28 de mayo de 2018" y la "Ley N°1152, de 20 de febrero de 2019"; esta definición fue suprimida. - En la norma queda la mención de que se garantiza la prestación del servicio a las mujeres beneficiarias del "seguro universal de salud", en sus atenciones de salud sexual y reproductiva. (Art. 5 núm.2)
"Código Niña, Niño y Adolescente" Ley N° 548	17 de julio de 2014	ARTÍCULO 13.- (SALUD INTEGRAL DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES). Para asegurar a las niñas, niños y adolescentes el acceso a la atención permanente sin discriminación, se considerará: 2. Acciones intersectoriales de atención, información integral, consejería y educación sobre salud en general, discapacidad, enfermedades prevenibles por vacunas, enfermedades endémicas, epidémicas, pandémicas, infecciosas, salud sexual y salud reproductiva, infecciones de transmisión sexual y VIH/ SIDA, con énfasis en las niñas, niños y adolescentes en situación de calle; 3. Procedimientos para la atención oportuna de interrupción legal de embarazo, que contemplen además, mecanismos de información y acompañamiento y atención psicoterapéutica a las niñas o las adolescentes víctimas de violencia sexual. ARTÍCULO 18. (DERECHO A LA SALUD). Las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a un bienestar completo, físico, mental y social. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud gratuitos y de calidad para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud. ARTÍCULO 22. (DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA). I. El Estado en todos sus niveles, garantiza el desarrollo, procesos de información, sensibilización y capacitación relacionados a los derechos sexuales, derechos reproductivos, sexualidad integral, la provisión de servicios de asesoría, así como la atención y acceso a insumos para el cuidado de la salud reproductiva, mediante servicios diferenciados. II. Las niñas, niños y adolescentes, de acuerdo a su desarrollo físico y psicológico, tienen derecho a recibir información y educación para la sexualidad y para la

		salud sexual y reproductiva, en forma prioritaria por su padre y por su madre, guardadora o guardador y tutora o tutor, y dentro del sistema educativo. ARTÍCULO 24. (PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD). Corresponde al Estado en todos sus niveles, proteger la maternidad garantizando el acceso a: a. Atención gratuita con calidad y buen trato a la madre, en las etapas pre-natal, parto y post-natal, con tratamiento médico especializado, dotación de medicamentos, exámenes complementarios y en su caso, apoyo alimentario o suplementario; c. En caso de la niña o adolescente embarazada se priorizará la prestación de servicios de apoyo psicológico y social, durante el período de gestación, parto y post-parto; d. Las condiciones necesarias para una gestación, alimentación y lactancia adecuada, así como las oportunidades necesarias para la continuidad de su desarrollo personal en los niveles educativos y laborales, tanto públicos como privados; y
“Ley General Para Personas Con Discapacidad” Ley N° 223	02 de marzo de 2012	- Además de incluir la temática de la equidad de género y la no discriminación, la ley indica que el Estado Boliviano, garantizará el acceso a servicios de información de salud sexual y reproductiva a las personas con discapacidad, salvaguardando los derechos sexuales y reproductivos, contra la esterilización obligatoria o suministro de métodos anticonceptivos obligatorios. (Art. 32 núm. VI)
“Ley del Ejercicio Profesional Médico” Ley N° 3131	8 de agosto de 2005	- No existen menciones expresas sobre el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la norma que regula el ejercicio médico en el país, sin embargo; la ley incluye en los derechos del médico; su libertad prescriptiva, así como como su probable decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre base éticas, científicas y protocolos vigentes. (Art. 11 inc. e) - Dentro de los deberes del médico se establecen dos puntos importantes a considerar con relación a la interrupción legal embarazo: Los médicos deben guiarse por protocolos oficiales cumpliendo con normas técnicas establecidas por el Ministerio del área de Salud; y en caso de urgencia ningún médico, centro de salud, hospital o clínica podrá negar su atención básica. (Art. 12 inc. e y f)

"Ley del Tribunal Constitucional Plurinacional" Ley N° 027	6 de julio de 2010	- Es importante aclarar que, de acuerdo a ley, las decisiones y sentencias del Tribunal Constitucional Plurinacional son de carácter vinculante y de cumplimiento obligatorio, y contra ellas no cabe recurso ordinario ulterior alguno. (Art. 8) Es el caso de la Sentencia Constitucional 206/2014 de 5 de febrero de 2014, mencionada anteriormente que orienta sobre el reconocimiento de la legalidad de la interrupción del embarazo bajo las causales mencionadas previamente.
--	--------------------	--

Otras normas de carácter específico y técnico vigentes en nuestro territorio y relevantes para el análisis de la interrupción del embarazo son las siguientes:

INSTRUMENTO NORMATIVO	FECHA DE APROBACIÓN	Contenido sobre anticoncepción, aborto, y atención de salud sexual y reproductiva.
"Norma de Atención Integral Para Población LGBTIQ+ en Establecimientos de Salud" Resolución Ministerial N° 0162	20 de abril de 2022	- La norma incluye importantes definiciones conceptuales y da un especial énfasis en la atención sobre derechos sexuales y reproductivos en la población LGBTIQ+, se pronuncia sobre la perspectiva de género y la necesidad de tomar un enfoque interseccional; que obliga a tomar acciones integrales con todas las instituciones del estado. - En este cuerpo normativo encontrar una "Ruta crítica de atención en casos de violencia sexual", que orienta sobre la atención a la víctima por parte de la Policía Nacional, el Ministerio Público, La Defensoría de la Niñez y Adolescencia (SLIM) y los Establecimientos de Salud, considerando que todas las instituciones deben proceder de acuerdo a lo establecido en la Sentencia Constitucional 206/2014, en los casos en que proceda la interrupción legal del embarazo.
"Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a toda Forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes" Resolución Ministerial N° 72/2017	8 de mayo de 2017	- Esta norma tiene el objetivo de promover actuaciones articuladas y coordinadas entre las entidades públicas y las instituciones de la sociedad civil que, deben llevar a cabo acciones de prevención, atención, protección y/o restauración de cualquier forma de vulneración a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes, evitando la re-victimización y la duplicidad de esfuerzos. - Sobre la interrupción legal del embarazo se apega a la Sentencia Constitucional 206/2014 y añade en su procedimiento que, a sola presentación de copia de la denuncia, los servicios de salud privados o públicos deberán proceder a la interrupción legal del embarazo

		cuando la niña o adolescente víctima de agresión sexual así lo requiera.
Ley de Identidad de Género Ley N° 807	21 de mayo de 2016	La importancia de este instrumento normativo radica que permite el ejercicio del derecho a la identidad de género. (Art. 1) No existe consideraciones expresas sobre la interrupción legal del embarazo, sin embargo, la norma garantiza a las personas el respeto a su integridad psicológica, física y sexual; además del ejercicio de su autonomía física, relacionada a la libertad y capacidad de una persona de modificar o no su imagen corporal (Art. 5 núm. 4 y 5)
“Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en el Marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014” Resolución Ministerial N° 27/2015	29 de enero de 2015	- Es importante destacar de este procedimiento, que considera la objeción de conciencia para práctica de la interrupción legal del embarazo como una decisión personal del trabajador médico; sin embargo, el director o jefe de Servicio, en calidad de autoridades deben garantizar la interrupción legal del embarazo dentro de las 24 horas desde que fue solicitado el servicio, a través de la remisión del paciente, garantizando la continuidad del procedimiento; considerando que la objeción de conciencia es personal, no institucional. - Adicionalmente se cuenta con protocolos de atención específicos sobre los procedimientos relativos a la interrupción legal del embarazo, definidos por otros documentos técnico-legales como ser el: • “Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual” Aprobado mediante Resolución Ministerial N°1508/2015 de 24 de noviembre de 2015 ◦ Regula la actuación de las intuiciones involucradas en la denuncia en casos de violencia sexual como son: la Policía Nacional, el Ministerio Público, La Defensoría de la Niñez y Adolescencia (SLIM) y los servicios públicos de asistencia jurídica. • Normas y protocolos clínicos sobre el empleo del misoprostol en ginecología y obstetricia aprobado mediante Resolución Ministerial N°0426/2009 de 08 de junio de 2009

De la revisión de los instrumentos nacionales e internacionales, inicialmente podemos concluir que estos instrumentos legales, a excepción de la Ley 807 y la “Norma de Atención Integral Para Población LGBTIQ+ en Establecimientos de Salud”, no reflejan de forma taxativa, la protección a hombres trans, mujeres lesbianas y personas no binarias que tienen la capacidad de gestar, sobretodo en casos de violencia sexual, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, o la interrupción legal del embarazo; sin embargo en la actualidad el Estado boliviano ha desarrollado normativa referida al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la lucha contra la violencia sexual y de género, y es importante que estas normas sean aplicadas bajo los principios de igualdad y no discriminación, ampliando su aplicación, con la protección reforzada por parte del Estado, de forma progresiva hacia esta población en situación de vulnerabilidad que ha sido víctima de la violencia sistémica desde la sociedad y el estado, bajo sus estructuras patriarcales.

Queda pendiente la socialización e implementación de los avances en las guías y procedimientos establecidos en los casos en que procede la interrupción legal del embarazo, como la “Guía de Atención a Víctimas de Violencia Sexual” y la atención especializada en los centros de salud de las personas LGBTIQ+ como establece la “Norma de Atención Integral Para Población LGBTIQ+ en Establecimientos de Salud”, el apego a estos procedimientos coadyuvará a garantizar la implementación de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014 para la población afectada en su diversidad.

**PROCEDIMIENTO PARA LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO - SCP
0206/2014 y PTPSS aprobado a través de la RM 027/2015.**

La Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014 reconoce las causales de violación, estupro o incesto, que existan malformaciones congénitas letales o riesgo para la vida o salud de la mujer para la interrupción legal del embarazo.

El "Procedimiento Técnico para Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en el Marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014" reglamenta la prestación en los servicios de salud de la interrupción legal y segura del embarazo, de acuerdo a la Sentencia Constitucional No. 0206/2014, con el fin de garantizar el derecho de las mujeres al acceso a servicios, oportunos y de calidad. El cumplimiento del reglamento es de carácter obligatorio con respeto y confidencialidad, para autoridades, personal médico, enfermeras, enfermeros, trabajadores y trabajadoras sociales, psicólogas, psicólogos y personal administrativo, en los servicios del sistema de salud públicos, seguros a corto plazo, privados y organizaciones no gubernamentales dentro del Estado Plurinacional de Bolivia.

Los requisitos para la atención de la persona que solicita la interrupción legal del embarazo (ILE) son:

- a. En caso de violencia sexual, presentar la copia de la denuncia de violación que haya realizado ante la Policía o Fiscalía o autoridades originarias competentes.
- b. En caso de que la vida o salud de la mujer corra peligro o existan malformaciones congénitas letales bastara el informe médico, y/o informes respectivos del personal correspondiente que sustente la interrupción legal del embarazo.
- c. Firma del consentimiento informado.

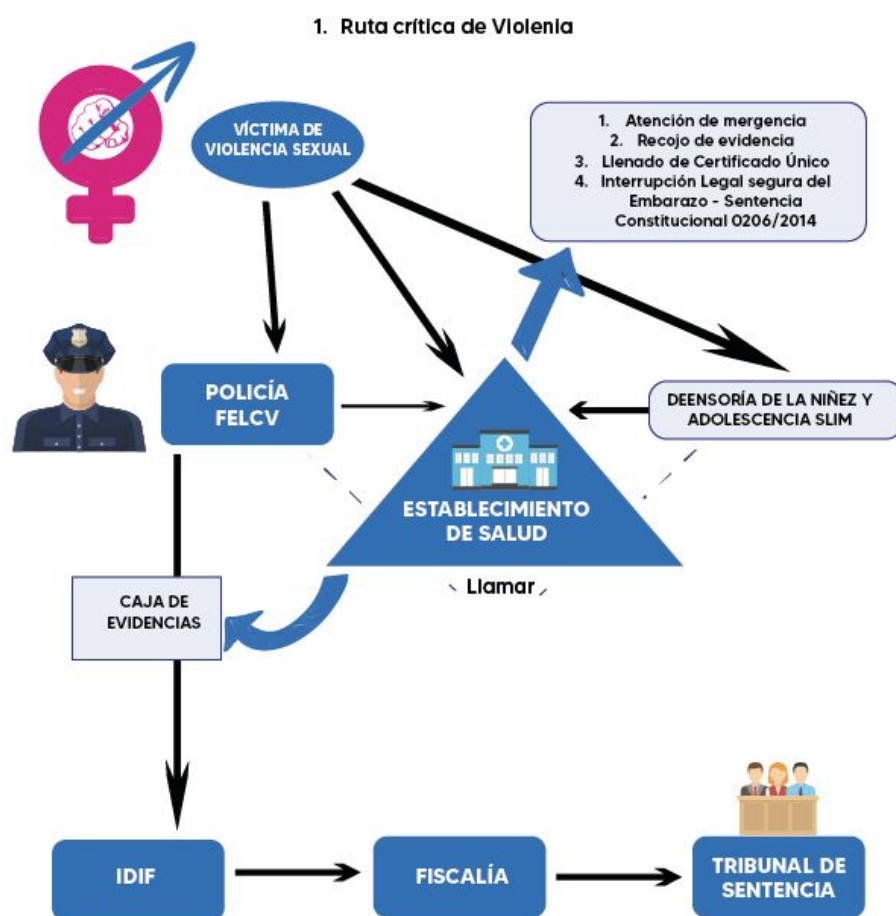
Objeción de conciencia

El derecho a la objeción de conciencia en la prestación de servicios de salud implica que, los profesionales de salud tienen la legítima posibilidad de negarse a proporcionar ciertos servicios de salud por considerarlos contrarios a sus convicciones personales.

La objeción de conciencia es una decisión personal, no es una decisión institucional por lo que los proveedores que manifiesten su impedimento para realizar procedimientos de interrupción legal del embarazo, deben comunicar de manera escrita e inmediatamente al Jefe de Servicio y/o

Director del Servicio de Salud, para que se garantice la interrupción del embarazo dentro de las primeras 24 horas, de haber solicitado el servicio, cumpliendo con el carácter obligatorio de la SCP 0206/2014.

El Director y/o Jefe de Servicio, en calidad de autoridades deben garantizar la interrupción legal del embarazo dentro de las 24 horas. e. El incumplimiento en la prestación del servicio de la interrupción legal del embarazo acarrea responsabilidad civil, penal o administrativa en su caso, a las autoridades del servicio de salud.



Fuente: Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia, MSyD 201

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

A continuación, se expone el análisis y la sistematización de los datos obtenidos en las encuestas realizadas a 157 personas de población LBTPNB con capacidad de gestar y en las entrevistas a proveedores de salud.

A pesar de la interseccionalidad entre identidad de género y orientación sexual, para fines interpretativos, se han diseccionado los resultados para comprender las realidades a partir de la identidad de género, es decir, entre personas cisgénero, trans y no binarias, independientemente de su orientación sexual.

Además, se hizo prescindió de algunas preguntas y otras se fusionaron para realizar un análisis integral.

ANÁLISIS

A) ¿CUÁLES SON LOS TEMAS MÁS IMPORTANTES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA PARA LA POBLACIÓN LBTPNB CON CAPACIDAD DE GESTAR?



Dentro de la población cisgénero de diversa orientación sexual el aspecto más importante de la Salud Sexual y Reproductiva son las ITS, para las personas trans los Derechos Sexuales y Reproductivos y la población no binaria considera que la Violencia Sexual es un tema prioritario dentro de la temática.

Del análisis se puede inferir que el estigma que recae en las personas con diversa orientación sexual respecto a las ITS y el VIH, sumado a que por años este ha sido

el enfoque y el eje sobre la salud sexual, es la razón por la que consideran que es un tema primordial dentro de la Salud Sexual.

La población trans se encuentra en un limbo jurídico tras hacer el cambio de nombre de acuerdo a la Ley 807 por lo que no se tiene certeza de que sus derechos reproductivos vayan a ser respetados al realizar el cambio. Teniendo en cuenta que realizar una consulta médica para una persona trans puede ser un tema traumático y hasta de riesgo, la preocupación de no poder acceder a beneficios sociales como el Bono Juana Azurduy o el Subsidio, o el posible riesgo de que la paternidad de la persona trans peligre son inquietudes comunes. Para las personas no binarias prevalece la problemática de Violencia Sexual probablemente porque se encuentran más expuestos a estas.

B) PERCEPCIÓN DE ACTITUDES Y TRATO DE LAS Y LOS PROVEEDORES DE SALUD HACIA LA POBLACIÓN LBTPNB

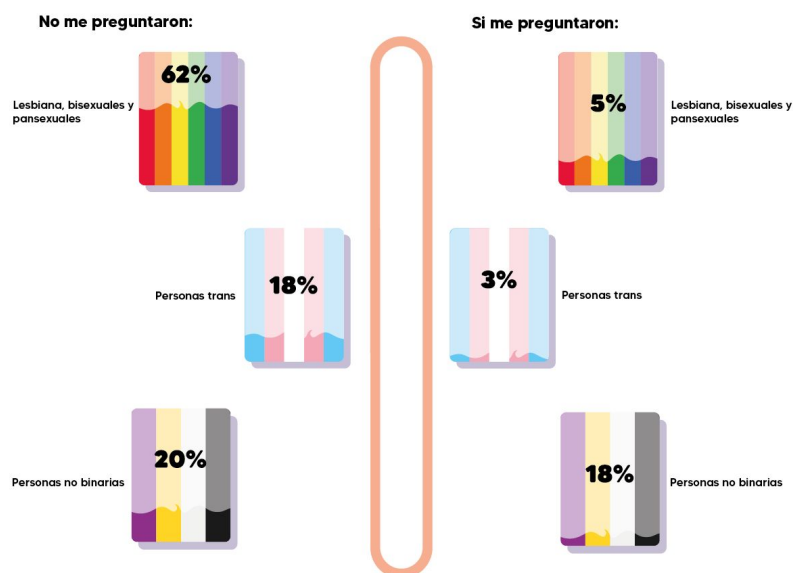


"Indiferencia" es la respuesta generalizada en esta categoría, teniendo en cuenta que nuestro país pasa por una crisis de salud hace muchos años. Los proveedores de salud tienen tratos indiferentes con las personas, sin importar si son o no de las diversidades, omiten la calidad y la calidez en el trato a los pacientes.

Los participantes de la Investigación también expresaron sus preocupaciones en la encuesta, se pudieron recolectar comentarios alarmantes de los cuales podemos destacar “A veces siento que les doy asco”, dijeron que sienten que existe “deshumanización”, “incomodidad” y “discriminación”. De modo que se incluyó la categoría “Rechazo” para aglomerar todas estas acotaciones, es importante notar que la población Trans y no binarie son las que más afectadas en el tema de atención: no se respetan sus pronombres y sus cuerpos son objeto de escrutinio, rumores y hasta regaños de parte de los proveedores de salud que no comprenden o no conocen sobre métodos de transición física, o sus prejuicios personales no les dejan encontrar empatía por los pacientes.

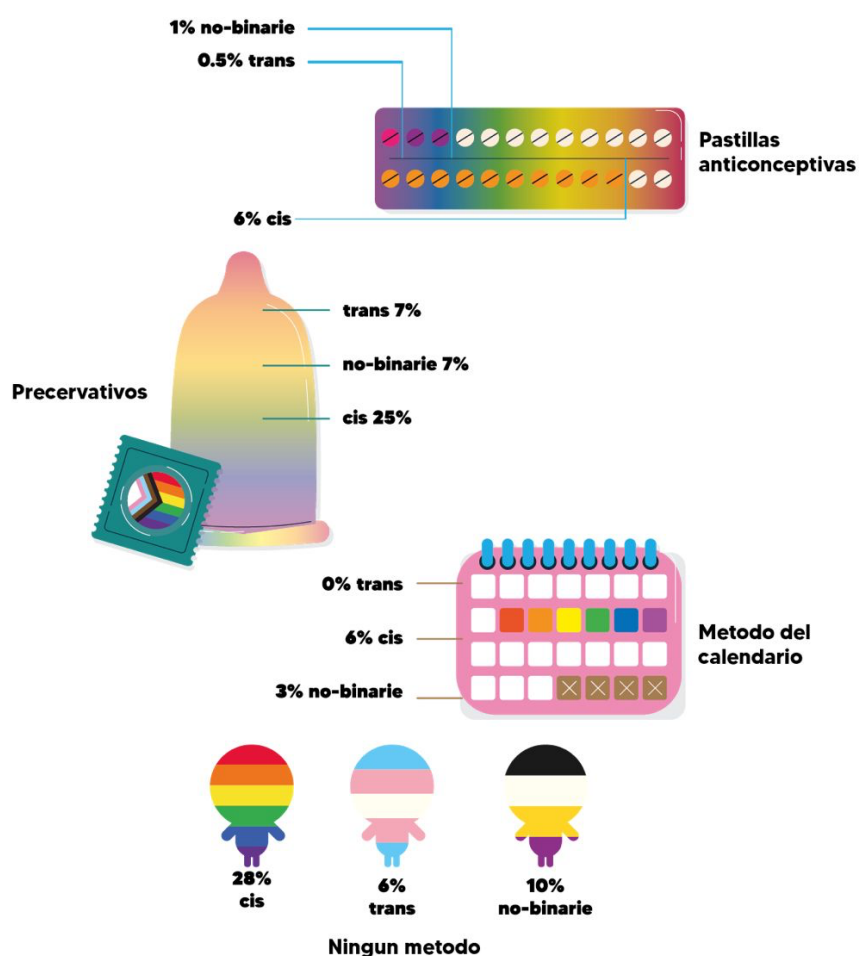
Como se pudo evidenciar en las entrevistas los y las proveedores de salud sienten incomodidad cuando tratan con población diversa y la estigmatizan tratando el tema de VIH e ITS como temas principales, dejando de lado la anticoncepción y los métodos de barrera, es decir que la prevención no se contempla. Además, admiten no contar con los conocimientos necesarios para atender “*pregúnteme si he recibido alguna capacitación para poder tener, digamos, esa empatía de poder entender y además comprender o poder llegar, esa es la palabra clave, y podernos entender*” (13 Matrices).

C) CUANDO ASISTE A ATENCIÓN MÉDICA ¿LE PREGUNTAN SU ORIENTACIÓN SEXUAL O IDENTIDAD DE GÉNERO?



La mayoría de participantes expresó que NO se les pregunta ni su orientación sexual ni su identidad de género en las consultas médicas, pero además la gran mayoría de personas considera que mencionar estos datos es *muy importante*. Los proveedores de salud piensan que es responsabilidad del paciente hacer notar su IGOS, ya que expresaron no contar con la sensibilización necesaria para indagar o profundizar en estos datos. La norma de atención integral para la población LGBTIQ+ en Establecimientos de Salud (Resolución Ministerial N°0162/2023) establece en su Estructura del Modelo de Atención, dentro de su acápite de relacionamiento del Personal de Salud con la Población LGBTIQ+, que “en el área de antecedentes generales se anotará la orientación sexual e identidad de género, estos datos se deben preguntar una previa explicación de los propósitos de la información obtenida”, en el contexto de recepción, manejo de la información y expediente clínico.

D) LA POBLACIÓN LBTPNB ¿UTILIZA MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? ¿CUÁLES?



Los resultados reflejaron un alarmante porcentaje de población LBTPNB que no usa métodos anticonceptivos.

El siguiente dato más alto fue el uso del condón, coincidiendo con las y los proveedores de salud que manifiestan que el preservativo es un método de barrera (matrices 42) común y de fácil acceso.

Asimismo, mencionan que existe un incremento en el uso de los métodos anticonceptivos orales siendo el método menos recomendable por las y los proveedores de salud (matrices 45). La mayoría de datos sobre anticonceptivos orales en las encuestas se centran en personas cisgénero, es muy bajo el porcentaje de personas trans o no binaries que eligen este método. El calendario es el siguiente dato significativo, a pesar de ser un método anticonceptivo poco eficaz y recomendado.

Es destacable mencionar que al menos uno de los proveedores de salud mencionó el método de abstinencia como el más recomendable.

E) ¿DESEA TENER HIJXS PROPIOS BIOLÓGICAMENTE?



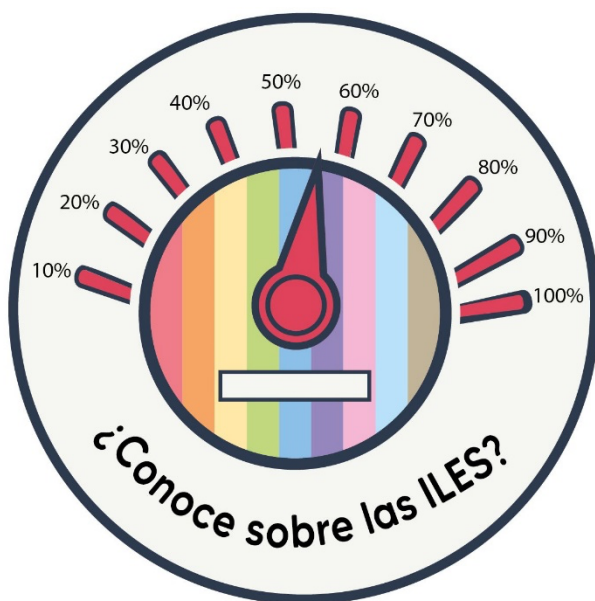
La mayoría de las personas encuestadas manifestaron que no desean tener hija/os/es biológicos. Resulta importante no minimizar el respeto a la decisión de procrear como un derecho de las personas con capacidad de gestar.

Si bien es una tendencia creciente, esta decisión requiere planificación familiar y el uso de anticonceptivos (en caso de que la persona con capacidad de gestar lo

requiera) y es parte de sus DSDR, el Estado debería garantizar el acceso y la educación necesaria para que las personas puedan llevar a cabo sus proyectos de vida.

Sin dejar de lado al porcentaje de personas que desean tener hijas/es/os biológicos cuyos derechos también deberían ser garantizados y no deberían pasar por estas "castraciones forzadas" porque en el imaginario colectivo no se toma en cuenta su deseo de maternidad o paternidad.

F) ¿CUÁNTO CONOCE LA POBLACIÓN LBPTNB SOBRE LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO EN BOLIVIA?



El 56% de los participantes afirman conocer sobre la ILE en Bolivia, sin tener mucha diferencia, la cantidad que no conoce sobre las ILEs es del 44%.

Sin embargo, profundizando, es evidente que no se trata de conocimiento consolidado. Acerca de las causas se añadió la opción "incesto", causal no especificada en la S.C. 206/2014, el 22% de participantes la eligió como causa. Se tiene claro que la violencia sexual es una causal, el 31% de participantes la eligió, seguida por la causal de peligro de salud para la persona gestante.

Además, la información acerca de dónde practicarse un aborto es difusa el 51% de la población LBTPNB no sabe dónde acudir, mientras que el resto se divide entre Establecimientos de salud, ONG's y Fundaciones y otros. Dentro de la categoría de otros se acotó "grupos de apoyo feministas" y "amigas", puntos importantes que demuestran que la confianza y credibilidad no recaen en los proveedores de salud.

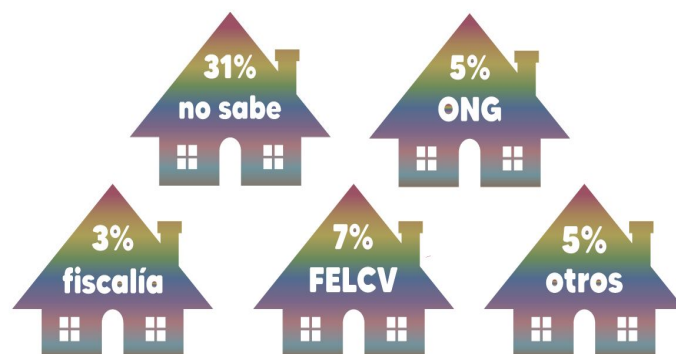
Es evidente que a las proveedoras y proveedores de salud no tienen conocimiento concreto y es preocupante que aún siguen teniendo la percepción que la pareja es una parte fundamental en el proceso de realizar un aborto. (matrices 77)



¿Qué causales conoce sobre las ILEs?

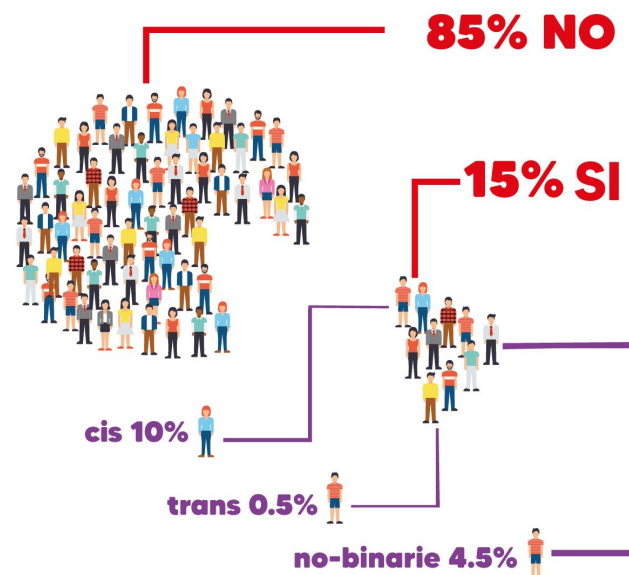
Con respecto a las personas encuestadas no conocen de la Sentencia Constitucional 206/2014, por lo que al preguntarles sobre la normativa que mencione al ILE responden no conocer ninguna o mencionan otras normativas en las que la ILE no está contemplada. Lo que reafirma el bajo o nulo conocimiento acerca de este procedimiento.

¿que normativas conoce sobre la ILE?



¿A qué instituciones acudir para una ILE?

G) ¿ALGUNA VEZ HA PASADO POR LA INTERRUPCIÓN LEGAL DE UN EMBARAZO?



El 85% de participantes menciona que no han pasado por una ILE. El restante 15% de población LBTPNB afirma que pasó por estas interrupciones: el 10% personas cisgénero de las diversidades, el 4% personas no binarias y 1% de personas trans.

La situación de las y los proveedores de salud reafirma su posición conservadora y fundamentalista: *“es una encrucijada en la que hasta el día de hoy no he alcanzado a resolver en mi moralidad. Le voy a ser bien franco, a mí me duele. ¿Y sabe qué es lo que más me duele? Es que el que tenga que poner el guillotino es el médico para ese niño...”* (matrices 84). Una opinión sesgada que refiere al producto como “niño” o “bebé”, además se refiere a la interrupción del embarazo como una sentencia de muerte, todos juicios de valor que perjudican el cumplimiento de la decisión que toma la persona con capacidad de gestar. Incluso llegan a justificar su accionar recalcando aquellas situaciones que realizaron un aborto por ser una violación y/o incluso hechos de violencia que sufren las personas gestantes (matrices 91).

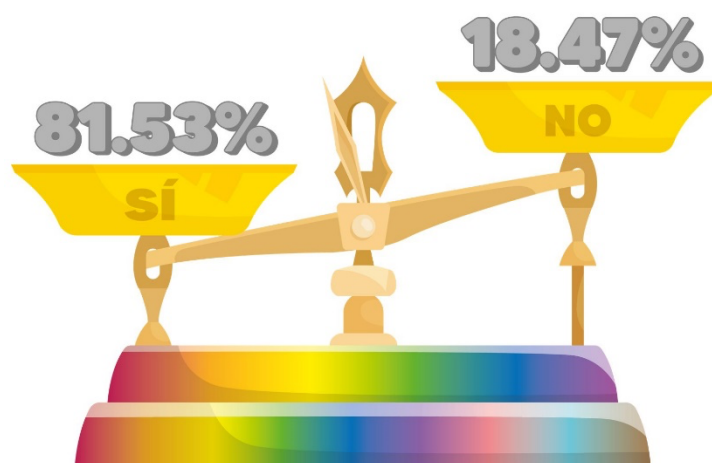
Por el lado de las y los proveedores de salud mencionan que han realizado Interrupciones de embarazo solo porque venían con una orden judicial, encontrándose en una situación de imposición (matrices 58). También mencionan que “se ven obligados” a realizar la interrupción legal del embarazo cuando la persona con capacidad de gestar acude al Centro Médico con una amenaza de aborto (matrices 61).

El sentir de las y los Proveedores de Salud se basa en principios morales y religiosos que muchas veces juegan un importante papel en la actitud ante las ILEs: *"los principios humanos es que nosotros debemos salvar vidas, entonces sale ese niño y bueno, lo que nos corresponde, es pelear para que ese niño viva, entonces, ¿qué le parece?, entonces, ahí es el conflicto"* (Matrices 71). Sobreponen su opinión y creencias sobre un cuerpo que no les pertenece como suele suceder con los cuerpos de las mujeres cisgénero y las personas con experiencia de vida femenina. Los cuerpos son tratados meramente como objetos sin derecho a opinión.

Para las y los proveedores de salud encuestados, la vida del producto tiene mayor importancia que la de la persona gestante, argumentando: *"...debería ser legal en pacientes terminales, por ejemplo, un cáncer terminal, cualquiera sea, de pulmón, riñón, páncreas, que ya sea una enfermedad terminal, porque esa paciente, si llega al final del embarazo, bueno, tarde o temprano la paciente va morir..."* (matrices 73). La idea de que solamente haya interrupción legal del embarazo cuando exista una causa externa que deje a la persona gestante imposibilitada de continuar con su maternidad o paternidad, también indica lo romantizada que está.

También explican, que, si bien existe un marco legal, este no está bien definido (matrices 55), se sienten desprotegidos. A pesar de que la S.C. 206/2014 los respalda en la práctica de las ILEs.

H) EN CASO DE UN EMBARAZO NO DESEADO QUE NO ESTÁ DENTRO DE LAS CAUSALES MENCIONADAS ¿SE PRACTICARÍA UNA INTERRUPCIÓN?



Las respuestas fueron en un 81,53% afirmativas. La mayoría de participantes se realizaría una interrupción del embarazo por otras causas que no están especificadas en nuestra legislación, vale decir, interrupciones inseguras por fuera

de la norma. Lo que demuestra que la despenalización del aborto es un tema urgente en nuestra sociedad para que las personas con capacidad de gestar puedan ejercer su derecho a decidir sobre sus cuerpos sin que interfieran ni el Estado ni las y los proveedores de salud. Además, demuestra que las personas abortan y abortarán tengan o no los medios económicos o los recursos para lograrlo, lo que lo convierte en un problema de salud pública desatendido por el Estado.

Los espacios y consultorios inseguros donde se practican abortos sin los cuidados y atenciones necesarias, en contextos conocidos por muchas personas de la salud y población en general. *"Que te puedo decir, de llevar, de decirlo abiertamente que muchos, tal vez muchos profesionales se han servido de esta profesión y se han mercantilizado, especialmente el área privada, seguramente usted sabe, hay mucha gente que vive del aborto y todo lo demás..."* (matrices 83). Demuestra que el aborto seguro en nuestro país solo se consigue con medios económicos.

Sin embargo, el problema de que esto suceda así, es porque el Estado no toma las medidas necesarias para evitar que se tenga que recurrir a este tipo de prácticas s. Para los que no tienen los medios económicos decidir sobre sus cuerpos es cuestión de vida o muerte.

Las razones de las y los proveedores de salud son personales *"yo soy muy creyente, ¿no? soy muy católico y para mí la vida es algo por lo que he jurado y la voy a jurar las veces que sean necesarias.."* (matrices 81), denotando la fuerte posición religiosa que sesga su labor profesional.

Queda para la reflexión si estas posiciones morales y religiosas pesan más que las vidas de las personas con capacidad de gestar que deciden sobre sus cuerpos.

CONCLUSIONES

- La información sobre la anticoncepción en población LBTPNB no es precisa porque no existe consejería médica y los proveedores de salud desconocen métodos específicos para esta población. Mencionan al VIH y las ITS sin perspectiva de prevención y estigmatizando directamente, como si este fuera el único tema cuando se trata de personas LGBTIQ+.
- El sistema de salud se ha enfocado en crear y promover, en su mayoría, MAC que delegan la responsabilidad de usarlos a las personas con capacidad de gestar.
- Es importante que la atención médica sea de calidez y calidad, de otra manera asistir a los servicios de salud es visto como una última opción para no sufrir discriminación. Esta “decisión” condicionada para evitar sufrir rechazo, no solo fractura los DSDR, sino que también peligra la vida de la persona con capacidad de gestar de las diversidades.
- La encuesta demuestra que existen personas de las diversidades genéricas y sexuales que han accedido a la ILE's es importante tomar en cuenta estos datos para futuras investigaciones y creación de políticas públicas, para que no sean invisibilizados y no caer en la falacia de que, por creerse un grupo aislado y reducido, no es necesario mencionarlos o crear protocolos que les incluyan. No conocemos las condiciones en las que estas personas pudieron acceder a estas interrupciones del embarazo y queda pendiente investigar al respecto.

Además, se tiene que tener en cuenta la apertura de más causales para la interrupción legal del embarazo o la completa despenalización de acuerdo a las directrices de la Legislación Internacional. La mayoría de participantes afirmó que sí se realizarían un aborto si sufrieran un embarazo no deseado que estuviera fuera de las causales establecidas en la S.C. 206/2014. Lo que podría indicar que estas personas se realizarían un aborto inseguro en caso de ser necesario, denotando que este es un problema de salud pública y no de casos especiales o aislados.

- Los Tratados y Convenios Internacionales que refieren a mejorar las condiciones de salud integral de las personas respaldan la despenalización del aborto. Pero muy pocas veces son aplicados de manera exitosa, como es el caso de la S.C. 206/2014. Las directrices de la OMS para la interrupción del embarazo nombran a las personas con capacidad de gestar y se pide su inclusión en la legislación para no invisibilizar estas realidades.

Teniendo en cuenta que los y las proveedores de salud no conocen la Norma de Atención Integral para Población LGBTIQ+ en Establecimientos de Salud, que rige a nivel nacional, es necesario que se realicen capacitaciones y actualizaciones constantes, incluso que los pensums en las universidades integren materias que los sensibilicen en estas temáticas.

- Los proveedores de salud no conocen las diversidades sexuales y genéricas. No tienen comprensión sobre anticoncepción en personas que están en Terapia de Reemplazo Hormonal con Testosterona. Entienden a las diversidades como “una decisión” y o una “doctrina”. No empatizan con los pacientes y sus opiniones denotan una superior moral que deja toda la responsabilidad de informar sobre su IDOS al paciente, en suma, es atención sin sentido humano.
- Asumen que el embarazo solo es aplicable a mujeres, dejando de lado otras diversidades con capacidad de gestar.
- Sus opiniones fundamentalistas romantizan la maternidad y paternidad, no son objetivos y buscan actuar sobre la decisión de la persona gestante, ingieren en éstas y buscan cambiar la decisión. Para la mayoría el aborto solo debería estar permitido en situaciones extremas como la inminente muerte de la madre o que exista violencia física en la pareja.
- Para los proveedores de salud la interrupción legal del embarazo es una imposición y sin la fuerza de Ley, preferirían no cumplirla. Utilizan la “objeción de conciencia” para encubrir sus sesgos fundamentalistas, conservadores y moralistas que permean su profesión. Es una problemática que debe ser abordada junto con la despenalización del aborto en Bolivia, ya que esta no bastará para asegurar el cumplimiento del derecho a decidir de las personas con capacidad de gestar, mucho menos asegurará que los y las proveedoras de salud atiendan a con calidez y cobertura amplia. Es necesario que las y los médicos participen activamente en la creación de políticas públicas, normas y protocolos referentes a las Interrupciones del Embarazo para que exista mayor apertura y consenso.

REFERENCIAS

- Acabar con las «terapias de conversión», la lucha de un experto en derechos humanos. (2022, 4 marzo). Noticias ONU. <https://news.un.org/es/story/2022/02/1504082>
- Alegato sobre el procedimiento legal de reconocimiento de género en Ucrania, según se especifica en la Orden N° 60 del Ministerio de Salud de ese país. Disponible en <https://www.hrw.org/news/2015/04/27/allegation-letter-regarding-legal-gender-recognition-procedure-ukraine-specified>
- Artículo 2 de la Ley de Transexualidad, que se inserta en el artículo 62b del Código Civil belga. (Motmans, J., De Boilley, I. y Debunne, S., 2010).
- Artículo 3 de la Ley N° 164, del 14 de abril de 1982, Reglas para la rectificación de la atribución de sexo. Disponible en <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1982-04-14:164>
- Cabral, M. (2010). "Caballo de Troya (Transmasculinidades, derechos sexuales y derechos reproductivos)", en Martínez Alonso, Gleidys y Martínez Toledo, Yanet (coords.) *Emancipaciones feministas en el siglo XXI*. Ruth Casa Editorial y Editorial Ciencias Sociales: Panamá y La Habana.
- Castro-Sandoval, G., Carrasco-Portiño, M., Solar-Bustos, F., Catrien-Carrillo, M., Garcés-González, C., & Marticorena-Guajardo, C. (2019). Impacto de las políticas de educación sexual en la salud sexual y reproductiva adolescente en el sur de Chile, período 2010-2017. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 84(1), 28-40.
- CIDH: Conceptos básicos relativos a personas LGBTI. (s. f.). CIDH: Comisión Interamericana de Derechos Humanos. <https://www.oas.org/es/cidh/multimedia/2015/violencia-lgbti/terminologia-lgbti.html>
- Código civil holandés, Sección 1.4.13. Orden judicial para cambiar la descripción del género en el certificado de nacimiento. Artículo 1:28 Transexualidad y cambio de acta de nacimiento. Disponible en <https://www.icj.org/wp-content/uploads/2013/05/Netherlands-Dutch-Civil-Code-Civil-Status-1992-eng.pdf>
- Correa-Lopez, M. Y., & Huamán-Sarmiento, T. E. (2021). Impacto del COVID-19 en la salud sexual y reproductiva. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 6(2), e4-7.
- Decreto 1053/2002 del Ministerio de Asuntos Sociales y Salud de Finlandia sobre la organización del examen y el tratamiento para el cambio de género, así como sobre la declaración médica para la confirmación del género de una persona transexual. Traducción no oficial al inglés disponible en <http://trasek.fi/wp-content/uploads/2011/03/TransAct2003.pdf>

- Derechos Reproductivos de la Mujer en Bolivia: Un informe sombra. (2001). Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.
- El Salvador: La Corte analizará caso sobre prohibición absoluta al aborto. (2023, 23 marzo). Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/es/news/2023/03/23/el-salvador-la-corte-analizara-caso-sobre-prohibicion-absoluta-al-aborto>
- Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales (1.a ed.). (2016). [Online]. https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_TDSyG_WEB.pdf
- Glosario de términos LGBT para equipos de atención a la salud. (2018, 22 marzo). National LGBTQ+ Health and Education Center. Recuperado 10 de septiembre de 2023, de <https://www.lgbtqihealtheducation.org/wp-content/uploads/2018/03/National-LGBT-Health-Education-Center-Glossary.SPANISH-2018.pdf>
- González-Q, A., I. (2021). Interrupción voluntaria del embarazo en Latinoamérica, superando barreras. Rev. Univ. Ind. Santander, Salud;53(1): e21013, Marzo 12, 2021. tab, graf | LILACS. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1356822>
- IPAS BOLIVIA. (2021). CÓMO TENER UN ABORTO CON PASTILLAS. Recuperado 7 de noviembre de 2023, de https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2022/03/Como-tener-un-aborto-con-pastillas_ASCTW2S22.pdf
- Ituarte, M. L., & López-Gómez, A. (2021). Las adolescentes frente a la decisión de interrumpir un embarazo en un contexto de aborto legal. *Cadernos de Saúde Pública*, 37, e00235219.
- Interrupción Legal del Embarazo y su Regulación en Bolivia. (2019). Católicas por el Derecho a Decidir. Recuperado 25 de septiembre de 2023, de <https://catolicasbolivia.org/wp-content/uploads/2022/09/CARTILLA-ILE-1.pdf>
- Interrupción voluntaria del embarazo en Bolivia ¿cómo puedo solicitarlo? (2020). Infórmate y Decide. Recuperado 22 de septiembre de 2023, de <https://informateydecide.org/interrupcion-voluntaria-del-embarazo-en-bolivia/>
- Juzgar menos, empatizar más y evitar romantizar la maternidad | UDEM. (2023, 22 noviembre). <https://www.udem.edu.mx/es/ciencias-de-la-salud/noticia/juzgar-menos-empatizar-mas-y-evitar-romantizar-la-maternidad>
- Krempasky, C. Harris, M. Abern, L. Grimstad, F. (2019). "Contraception across the transmasculine spectrum". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(19\)30955-X/fulltext#%20](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(19)30955-X/fulltext#%20)

- La despenalización social, fruto de la organización de las mujeres y la colectiva feminista. (s. f.). Universidad Nacional Arturo Jauretche. Recuperado 29 de noviembre de 2023, de <https://www.unaj.edu.ar/pueblo/revista-pueblo-4/la-despenalizacion-social-fruto-de-la-organizacion-de-las-mujeres-y-la-colectiva-feminista/>
- Ley 3/2007, del 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas. Disponible en www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-5585
- Ley Nº 111 de casos especiales para manejar el estatus de género en personas con trastorno de identidad de género en Japón (2003). Disponible en http://www.japaneselawtranslation.go.jp/law/detail_download/?ff=09&id=2542
- López, B. D. (2020). La salud sexual y reproductiva en tiempos de COVID-19 en el Perú. *Revista Médica Basadrina*, 14(1), 56-58.
- Martínez, U. (2021). Cuerpos gestantes: aborto para todas y todes. *Foro Jurídico*. Disponible en: https://forojuridico.mx/cuerpos-gestantes-aborto-para-todas-y-todes/#_ftn1
- Mayo Clinic (2023) "Atención ginecológica para hombres trans" <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/gynecological-care-for-trans-men/art-20473719#:~:text=Un%20anticonceptivo%20que%20contenga%20la,una%20opci%C3%B3n%20para%20hombres%20trans.>
- Métodos Anticonceptivos: Guía práctica para profesionales de la salud. (2023). Ministerio de Salud Argentina. Recuperado 25 de septiembre de 2023, de https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2023-07/Guia-MAC_2172023.pdf (Obra original publicada 2014)
- Meyerowitz, J. (2002). *How sex changed: a history of transsexuality*. Cambridge: Harvard University Press.
- Paco Alvarado, M. R. (2021). El "ser mujer" ¿refuerza la violencia hacia la población de lesbianas, travestis transexuales y transgénero? [monografía del diplomado género comunicación y periodismo]. UMSA.
- Planned Parenthood (2023) "¿Qué es el dispositivo intrauterino (DIU) sin hormonas?" <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/dispositivo-intrauterino-diu/que-es-el-dispositivo-intrauterino-diu-sin-hormonas#:~:text=El%20DIU%20de%20cobre%20es,anticonceptivos%20hormonales%20por%20motivos%20m%C3%A9dicos.>
- Radi, B. (2018, 29 de mayo). "Mitología política sobre aborto y hombres trans". *Sexuality Policy Watch*. Disponible en: <https://sxpolitics.org/es/3945-2/3945>

- Radi, B. (2020). Injusticia reproductiva: entre el derecho a la identidad de género y los derechos sexuales reproductivos. *Salud feminista*.
- Ray, L. (2019). "Lo que las personas trans y no binarias necesitan saber sobre métodos anticonceptivos". Clue. <https://helloclue.com/es/articulos/cultura/lo-que-las-personas-trans-y-no-binarias-necesitan-saber-sobre-metodos-anticonceptivos>
- Ross, L. (2018). "Reproductive justice as intersectional feminist activism". *Souls* 19(3), pp. 286-314.
- Surkan, K. J. (2015). "That Fat Man is Giving Birth: Gender Identity, Reproduction and the Pregnant Body", en Burton, N. (ed.). *Natal Signs: Cultural Representations of Pregnancy, Birth and Parenting*. Bradford: Demeter Press.
- Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., ... & Souza, J. P. (2019). Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43.
- Troncoso-Espinoza, P., y Figueroa-Lassalle, C. (2022). Hacia una atención de calidad integral en las maternidades con perspectiva de derechos humanos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 87(2).
- United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Beijing Declaration and Platform for Action. The Fourth World Conference on Women 1995.
- Uso de anticonceptivos en América Latina y el Caribe con un enfoque en los anticonceptivos reversibles de acción prolongada: prevalencia y desigualdades en 23 países | Fundación FEMEBA. (s. f.). <https://www.fundacionfemeba.org.ar/blog/farmacologia-7/post/uso-de-anticonceptivos-en-america-latina-y-el-caribe-con-un-enfoque-en-los-anticonceptivos-reversibles-de-accion-prolongada-prevalencia-y-desigualdades-en-23-paises-46417>
- Valentine, D. (2007). *Imagining transgender: an ethnography of a category*. Durham: Duke University Press.
- Velarde, M. A. C., Vargas, E. C., Morales, N. L. I., & Mamani, K. G. M. (2021). Factores sociodemográficos y nivel de conocimiento asociado al uso de la anticoncepción oral de emergencia. *Revista Médica Basadrina*, 15(3), 26-32.
- Wisky, L., y Pagani, C. (2021). Identidad y derechos: los límites en la demanda y legislación de la Ley para la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Resistances. *Journal of the Philosophy of History*, 2(3). <https://doi.org/10.46652/resistances.v2i3.47>
- World Health Organization: WHO. (2019, 10 diciembre). Anticoncepción. https://www.who.int/es/health-topics/contraception#tab=tab_2

ANEXOS

ANEXO 1 GUÍA DE PREGUNTAS PROVEEDORES DE SALUD

ETAPA	CATEGORÍAS	ACTIVIDAD/PREGUNTAS
Presentación		Presentación del personal que realiza la entrevista
Tensión Inicial		Explicación y delimitación de normas éticas (consentimiento Informado)
Establecimiento de Confianza		Presentación del/la proveedor/a de salud
Aproximación del Tema	Atención en Salud sexual y salud reproductiva	1. ¿Cuál es la importancia de la atención a la salud sexual y la salud reproductiva en población LBTPNB? 2. ¿Qué dificultades u obstáculos enfrentó o cree que enfrentaría al momento de realizar la atención en la salud sexual y la salud reproductiva en población LBTPNB? 3. ¿Considera importante preguntar la orientación sexual e identidad de género en la atención? ¿Por qué? 4. En caso de que haya atendido ¿Cuáles son las consultas más frecuentes cuando realiza atención en salud sexual y reproductiva en población LBTPNB? *En caso de que no haya atendido cambiar pregunta
	Anticoncepción	5. ¿Qué métodos anticonceptivos son los que más se utilizan o al que más recurren las personas de la diversidad sexual y de género capacidad de gestar? Si no conoce, ¿Cuáles creen que deberían ser?
	Interrupción del Embarazo	6. ¿Ha atendido casos o tiene conocimiento de la interrupción legal del embarazo en población LBTPNB? 7. ¿Cuáles son las condiciones legales y físicas que usted cree necesarias para realizar la interrupción legal del embarazo en población LBTPNB?
Posicionamiento	Salud Sexual	8. ¿Ha atendido personas de la diversidad sexual con capacidad de gestar? ¿Cuándo? 9. ¿Cuáles son las principales dificultades que considera en la atención en salud a la población LBTPNB? 10. ¿Consulta la orientación sexual o la identidad de género en sus pacientes? ¿Por qué?
	Anticoncepción	11. ¿Qué métodos anticonceptivos considera adecuados para las mujeres

		cisgénero lesbianas, bisexuales y pansexuales? ¿y para una persona que se encuentra en terapia de reemplazo hormonal con testosterona?
	Interrupción al Embarazo	12. ¿Cuándo cree que se deba practicar la interrupción en el embarazo en personas de población LBTPNB? 13. ¿Usted participaría en la interrupción del embarazo? ¿Por qué?
Cierre		14. ¿Qué retos y avances existen en la atención en salud sexual y salud reproductiva para las personas de la diversidad sexual con capacidad de gestar?

ANEXO 2 CUESTIONARIO POBLACIÓN LBTPNB

SALUD SEXUAL

- 1) Según su perspectiva ¿Cuáles son los temas más importantes en salud sexual y reproductiva? Marca 3 y en orden de mayor a menor (siendo 3 el de mayor importancia y 1 el de menor importancia)

- € Derechos y Deberes Reproductivos
- € Autocuidado e Higiene Personal
- € Anticoncepción
- € Inmunización
- € Enfermedades e Infecciones por Transmisión Sexual
- € Alimentación y Estilos de Vida Saludable
- € Adicciones Alcohol y otras sustancias
- € Violencia Sexual

- 2) Cuando va a un establecimiento de salud por atención médica ¿Cuáles son las actitudes que encuentra en los servidores de salud hacia usted)?

- € Confidencialidad
- € Empatía
- € Respeto
- € Trato Digno
- € Claridad en la Información
- € Indiferencia
- € Desconocimiento
- € Ninguno

- 3) ¿Qué tan importante considera mencionar su orientación sexual y/o identidad de género al personal de salud?

a) Nada Importante b) Poco Importante c) Algo Importante d) Muy Importante

3-1) ¿porque cree debe mencionar su orientación sexual? (Mencionar las 3 razones principales)

- € Atención personalizada y enfocada
- € identificar las necesidades clínicas específicas
- € Para que respeten los pronombres

- € Opciones de tratamiento
- € Otros (Mencione)

4) Cuando asiste a una atención médica por algún motivo de salud sexual y/o salud reproductiva ¿Le han preguntado su orientación sexual o identidad de género?
a) Nunca b) Algunas Veces c) Frecuentemente d) Siempre

5) ¿Dónde acude regularmente para la atención en salud Sexual y salud reproductiva? (Marca solo uno)

- € Seguro de Salud Publico
- € Seguro de Salud Privado
- € Centros de Salud Municipales
- € Fundaciones, Organizaciones de las diversidades sexuales, Centros Comunitarios
- € Servicio Privado
- € Postas de Salud
- € Otros (Mencione)

ANTICONCEPCIÓN

6) ¿Utiliza métodos anticonceptivos?

- a) no b) si

7) ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que utiliza?

- € Condones
- € Implantes
- € Inyectables
- € Pastillas
- € Intervención Quirúrgica (Ligadura de Trompas)
- € Calendario
- € Otros (Mencione)
- € Ninguno

8) ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos más fáciles de obtener? (Marca 3 y en orden de mayor a menor)

- € Condones
- € Implantes
- € Inyectables
- € Pastillas
- € Intervención Quirúrgica
- € Calendario
- € Otros (Mencione)
- € Ninguno

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

9) ¿Deseas tener hij@s propios biológicamente?

- a) Si b) No

10) ¿Cuándo deseas tener hij@s propios biológicamente?

- € cuando este estable económicamente
- € cuando tenga una pareja estable
- € cuando este estable económicamente y tenga una pareja
- € Ninguno
- € otros...

