

Las cifras hablan III

LAS CIFRAS DEL ABORTO EN BOLIVIA



Las cifras hablan III



CRÉDITOS

Elaborado por:
Ipas Bolivia

Coordinación técnica

Dra. Susana Asport Terán
Coordinadora de Sistemas de Salud

Lic. Adela Yapu
Gerente de Programas

Consultor Investigador

Dr. Alberto De la Gálvez Murillo

Revisión

Dra. Malena Morales Lara
Directora Ipas Bolivia

Edición:

Lic. Marcos Paz
Consultor en Salud

Diseño y Diagramación

Ana Grace Tarqui
Equipo de comunicación Ipas Bolivia

ConceptraZZos
Impresión

Depósito Legal
4-1-2431-2021

La Paz - Bolivia
2021

Esta publicación es propiedad de Ipas Bolivia. Se autoriza la reproducción total o parcial, siempre que no sea con fines de lucro, a condición de citar la fuente y la propiedad.

PRESENTACIÓN

Cuando hablamos del derecho a la vida y la salud de las mujeres, no podemos dejar de referirnos a la situación de aborto en Bolivia, que sin duda es un problema de salud pública y justicia social, cuyo abordaje y tratamiento va más allá de percepciones religiosas o moralistas, es más bien una realidad que debe ser tratada por todos, mujeres, hombres, sociedad en general y autoridades a lo largo del país.

En Bolivia, la mortalidad de mujeres, adolescentes y niñas por abortos inseguros se ve agravada por la penalización del aborto, que las obliga a recurrir a la clandestinidad, así como por el bajo uso de métodos de planificación familiar o anticoncepción, y los obstáculos que se anteponen para impedir el cumplimiento de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014 (SCP), que permite la interrupción legal del embarazo (ILE) en ciertas causales.

Al ser la clandestinidad una de las principales características del aborto, resulta muy complicado cuantificar su magnitud y establecer cifras que reflejen la realidad de lo que sucede a diario. Precisamente por ello, Ipas Bolivia ha realizado la presente investigación, que es una actualización a los datos presentados anteriormente en Las Cifras Hablan II.

En este afán de compartir información estadística, y de acuerdo a estimaciones, se sabe que en Bolivia hace más de una década 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.

Sin duda, la prevención de las muertes por aborto requiere una integralidad de acciones en salud y educación, que van desde la educación sexual integral, el acceso a métodos anticonceptivos y el funcionamiento de servicios de ILE de manera segura, oportuna y gratuita, todo ello debe ser garantizado en el marco de una verdadera política de salud pública y derechos humanos.

Ipas Bolivia trabaja de forma integral para que las mujeres, adolescentes y niñas gocen de mejor salud y mejoren el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, y este es el impulso para compartir esta nueva investigación que nos permite aproximarnos a esta realidad tan cruda, pero tan necesaria de encarar y resolver.

*Dra. Malena Morales Lara
Directora Ipas Bolivia*

ÍNDICE

1. El problema	pag. 5
2. Objetivos de la investigación	pag. 6
3. Diseño metodológico	pag. 6
4. Resultados	pag. 8
5. Conclusiones	pag. 14
Referencias	pag. 15

1. EL PROBLEMA

El aborto es un problema de salud pública que comparten todas las sociedades del mundo, al margen de las condiciones religiosas, legales, sociales, asistenciales, económicas, culturales y de género vigentes. De acuerdo con las estimaciones realizadas por el Instituto Guttmacher⁽¹⁾, de los Estados Unidos, cada año, entre 2015 y 2019, ocurrieron en el mundo 121 millones de embarazos no planificados, de los que aproximadamente el 61% terminó en aborto; es decir, 73 millones de pérdidas reproductivas año.

De acuerdo con las mismas estimaciones⁽¹⁾, las tasas de embarazos no planificados son mayores en los países donde el aborto está restringido, en comparación con los que han liberado las barreras legales y asistenciales. Una consecuencia de esto es que en las naciones que limitan el aborto legal, el porcentaje de embarazos no planificados que concluyó en aborto fue de 36% entre 1990 y 1994 y ascendió al 50% entre 2015 y 2019⁽¹⁾.

TABLA 1

Tasas de embarazo no planeado y de aborto X 1000 mujeres de 15 a 49 años
Mundo, 2015-2019

TIPO DE PAÍS	TASAS DE EMBARAZO NO PLANEADO	TASAS DE ABORTO
Países de ingresos bajos	93	38
Países de ingresos medios	66	44
Países de ingresos altos	34	15

FUENTE: Instituto Guttmacher⁽¹⁾

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, 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⁽²³⁾. Según otros estudios, la letalidad por aborto es también alta (9,4% en 2000 y 7,7% en 2011)^(4,5).

La atención del aborto incompleto y de la interrupción legal del embarazo son todavía servicios resistidos por los operadores de la salud; lo que constituye un serio obstáculo a la mejora de la situación, y no cabe duda que la pandemia covid-19 lo ha empeorado⁽⁶⁻⁸⁾, con resultados que todavía no es posible precisar.

Con la intención de actualizar los análisis realizados los años 2010 y 2016, se procedió por tercera vez a aplicar el modelo⁽²⁾ que permite estimar la magnitud del aborto en Bolivia para el año que se necesite. Para el efecto, se han revisado los datos correspondientes a dos ámbitos del problema:

(a) Las características de las mujeres que acudieron a servicios de salud para resolver un aborto incompleto o para solicitar uno legal.

(b) La magnitud global del evento en el país.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Estimar la cantidad de abortos que habrían tenido lugar en Bolivia en 2019.
2. Establecer la cantidad de abortos incompletos y legales atendidos en el sistema nacional de salud en 2019.
3. Calcular los valores correspondientes a 2019 de 11 indicadores vinculados con el aborto.
4. Describir las características sociales y demográficas de las mujeres en situación de aborto que acudieron en 2020 a 40 establecimientos de salud del subsector público.
5. Analizar las características del servicio otorgado en 2020 a las mujeres en situación de aborto, en 40 establecimientos públicos de salud.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

Características de las mujeres y de la atención recibida

La información fue procesada del «cuaderno de registro clínico», introducida hace algunos años por Ipas en establecimientos del subsector público de salud.

- Departamento.
- Ciudad.
- Nombre del establecimiento de salud.
- Nivel de atención.
- Fecha del procedimiento de evacuación uterina.
- Edad de la mujer.
- Edad gestacional al ingreso.
- Diagnóstico de ingreso.
- Tipo de anestesia empleada en el procedimiento de evacuación.
- Procedimiento principal de evacuación uterina.
- Orientación en anticoncepción.
- Método anticonceptivo recibido.

Magnitud del aborto e indicadores relacionados

La información principal fue proporcionada por la Dirección de Seguros Públicos⁽⁹⁾ (Sistema de Control Financiero en Salud/SICOFIS)¹ y la secundaria por el SNIS-VE⁽¹⁰⁻¹²⁾. En ambos casos se trata de datos de cobertura. Los datos de la fuente principal fueron las prestaciones del Seguro Universal de Salud.

La Dirección de Seguros Públicos proporcionó una planilla Excel con 15 variables en las columnas y 14.145 líneas con las prestaciones por: departamento, mes y establecimiento de salud⁽⁹⁾. La información procedente del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE)^(10,12) estaba referida a la

atención de partos y cesáreas, nacidos vivos, mortinatos y hemorragias de la primera mitad del embarazo (abortos incompletos). Una tercera fuente fue el Instituto Nacional de Estadística (INE) y a sus proyecciones de población a partir del censo 2012⁽¹³⁾.

El modelo de estimación

Las estimaciones están basadas en el modelo aplicado en 2010 y mejorado en 2016^(2,3), que tiene cinco pasos que facilitan tanto la estimación de la cifra absoluta como de nueve indicadores relacionados, más uno que fue agregado para este informe (índice estimado de abortos por cada 1000 partos institucionales² atendidos). Los datos proceden de información registrada en el Seguro Universal de Salud, en el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica y en el Instituto Nacional de Estadística⁽⁹⁻¹³⁾ (estimaciones de población e indicadores).

El modelo ha sido nuevamente ajustado, a fin de incluir todas las categorías de “embarazo terminado en aborto”, contempladas en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión, capítulo XV, códigos O00 al O08⁽¹⁴⁾.

“ De acuerdo a las estimaciones de Ipas, se producen más de 50.000 abortos cada año.”

¹ Los datos solicitados por Ipas mediante carta, fueron entregados por la instancia pública en una planilla Excel.

² Es la suma de partos en establecimientos de salud y los atendidos en domicilio por personal de salud.

4. RESULTADOS

Magnitud del aborto e indicadores relacionados

No hay duda de que la pandemia covid-19 ha afectado el registro y reporte de datos sobre abortos atendidos en el sistema nacional de salud. En este tercer informe ha sido posible comprobar esto en el SNIS-VE, en el Seguro Universal de Salud y en las planillas de seguimiento clínico que Ipas mantiene en 40 establecimientos públicos de salud de primer, segundo y de tercer nivel de atención.

No obstante, con el listado de prestaciones y sus cantidades, información del SNIS-VE y poblacional del INE, ha sido posible estimar el número de abortos en Bolivia en 2019, más los valores de los 10 indicadores que aparecen en la tabla 2. En la última columna, además del dato correspondiente al indicador, aparecen la fórmula y los valores del numerador y del denominador.

La cantidad total estimada de abortos para 2019 está afectada por la disminución de los datos reportados al Seguro Universal de Salud, motivada en parte por las deudas que a partir de ese año reclamaban los gobiernos municipales, por lo que el dato está supeditado a este imponderable.

Tabla 2
Resumen comparativo de abortos estimados e indicadores relacionados
Bolivia, 2010, 2016 y 2019

No.	INDICADOR	2010	2016	2019
1	Número estimado de abortos en la población	52.057	59.646	57.709 (*)
2	Índice estimado de abortos X 1000 partos atendidos en el sistema de salud	284	297	$(57.709/188.473) \times 1.000 = 306$
3	Índice estimado de abortos X 1000 partos institucionales atendidos (**)	-----	-----	$(57.709/199.225) \times 1.000 = 290$
4	Índice estimado de abortos X 1000 partos esperados en la población total (***)	203	235	$(57.709/251.141) \times 1.000 = 230$

5	Índice de abortos complicados atendidos X 1000 abortos atendidos	30	116	$(1.587/33.709) \times 1.000 = 47$
6	Tasa estimada de abortos X 1000 mujeres en edad fértil (15 a 49 años)	21	20	$(57.709/3.154.221) \times 1.000 = 18$
7	Porcentaje esperado de embarazos en la población total	3,1%	2,8%	$(306.265/11.469.896) \times 100 = 2,7\%$
8	Porcentaje esperado de embarazos en mujeres de 15 a 49 años	12,3%	10,4%	$(306.265/3.154.221) \times 100 = 9,7\%$
9	Porcentaje esperado de embarazos que termina en parto y niño vivo	82,3%	79,8%	$(248.556/306.265) \times 100 = 81,2\%$
10	Porcentaje esperado de embarazos que termina en parto y niño nacido muerto	0,8%	1,1%	$(2.585/306.265) \times 100 = 0,8\%$
11	Porcentaje esperado de embarazos que termina en aborto	17%	19,0%	$(57.709/306.265) \times 100 = 18,0\%$

(*) Incluye embarazos molares, ectópicos, abortos infectados o complicados y huevos muertos retenidos

(**) Indicador incorporado para la tercera evaluación de las cifras del aborto en Bolivia

(***) Incluye un factor de corrección para recuperar los mortinatos: 1,0104 para 2019

El índice estimado de abortos por cada 1000 partos atendidos en el sistema de salud ha experimentado un incremento a partir de 2010, por el decrecimiento de los datos del denominador de la fórmula.

En cuanto al índice de abortos complicados atendidos, ha ocurrido una disminución importante a partir del dato de 2016, seguramente por el mejor uso en los servicios de salud de las prestaciones respectivas del Seguro Universal de Salud.

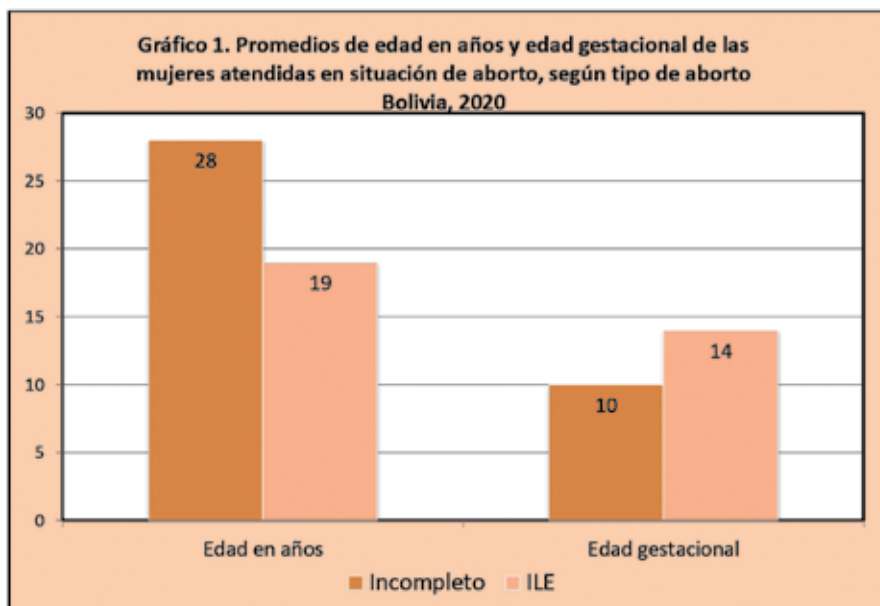
Asimismo, hay una reducción leve pero constante de la tasa estimada

de abortos en mujeres en edad fértil, debido a que la cantidad de mujeres de este grupo de edad es cada vez mayor. El resto de indicadores presentó variaciones mínimas en comparación con el reporte correspondiente a 2016. Tanto en el cuaderno de registro clínico como en el Seguro Universal de Salud, las interrupciones legales de embarazos registraron cifras muy bajas, por lo que es posible asumir que esta estrategia de atención a mujeres en situación de embarazo no deseado, en las causas acordes con la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014, dista mucho de consolidarse ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

Características de las mujeres atendidas

En 2020, en los casos registrados en el cuaderno de registro clínico, no ha tenido lugar desde

2010 hasta la fecha una reducción de la *edad promedio* global de las mujeres atendidas en situación de aborto, pero si se ha detectado una diferencia de nueve años menos en la edad promedio global de las mujeres que solicitaron interrupción legal de su embarazo.



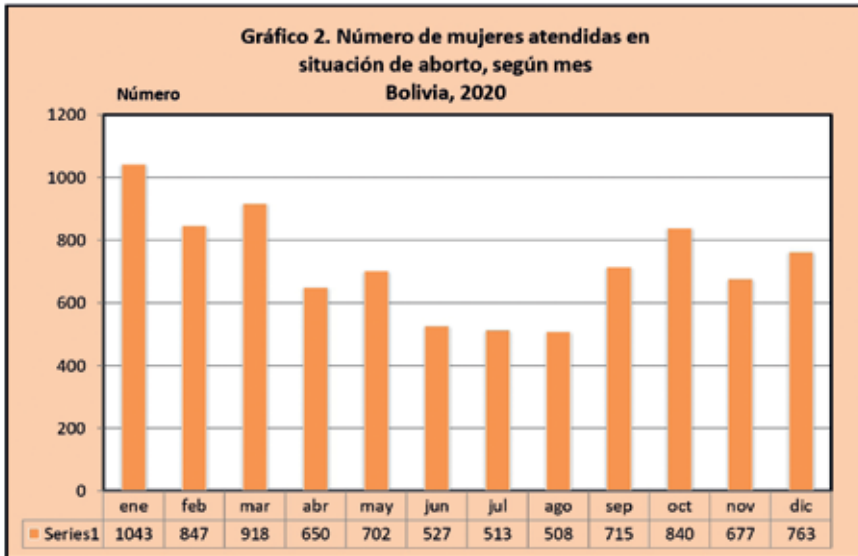
También, las mujeres con aborto incompleto acudieron, en 2020, a una *edad gestacional* promedio de 10 semanas (muy semejante a los valores de 2010 y 2016), en tanto que las solicitantes de ILE lo hicieron a una edad gestacional promedio de 14 semanas.

Características de la atención sanitaria otorgada

La disminución de atenciones que ha tenido lugar en 2020 en el subsector público de salud, al menos a partir de los datos del cuaderno de registro clínico está relacionada con la pandemia covid-19. El crecimiento de contagios a partir de los dos primeros

casos reportados en Bolivia, el 10 de marzo, derivó en la aplicación de la cuarentena rígida desde el 22 de marzo, con serias restricciones para la movilización de personas, incluido el personal de salud. Con posterioridad, el 01 de junio, se dio inicio a la cuarentena flexible, que facilitó solo en parte la movilización de los y las ciudadanas^(18,19).

Los servicios de salud reproductiva fueron afectados, no solo por las bajas del personal y las insuficientes medidas de bioseguridad^(18,19), sino también porque médicos y enfermeras mayores de 60 años, o con enfermedad de base, o trabajadoras embarazadas, se acogieron a una baja laboral por la presencia de esas y algunas otras condiciones^(18,19).



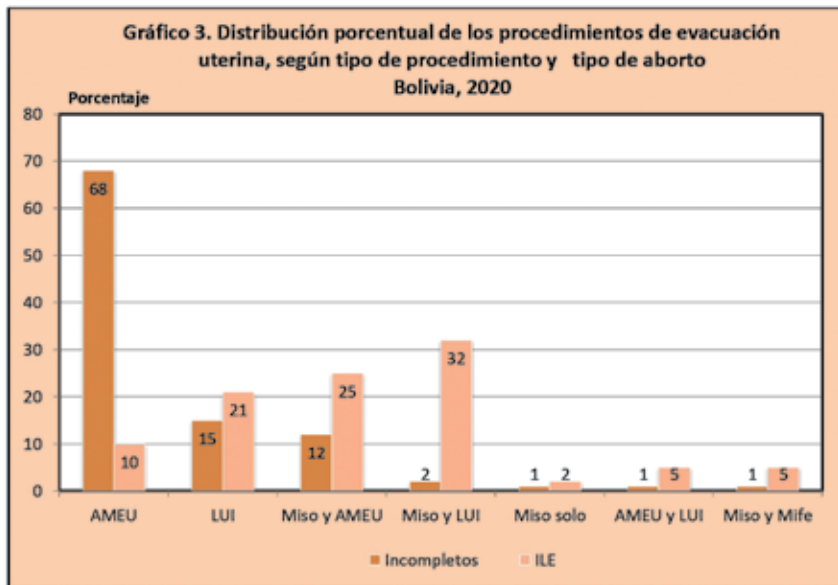
El gráfico 2 muestra el comportamiento de la demanda en los 40 servicios de salud del subsector público que llenaron en 2020 el cuaderno de registro clínico. Los descensos entre abril y agosto tienen relación con los momentos más críticos de la primera ola de la pandemia.

En cuanto a los *procedimientos de evacuación uterina*, se ha producido una leve reducción del porcentaje de uso de la AMEU en todos los departamentos, en relación con 2016, a la vez que los métodos medicamentosos todavía no parece que sean una opción importante para los operadores locales.

Los cuadernos de registro clínico han revelado que los modelos de atención del aborto son diferentes en los abortos incompletos y en las interrupciones legales. La AMEU es con mucho más frecuente en los abortos incompletos, en tanto que la combinación de métodos y los procedimientos medicamentosos se dan más en las ILE.

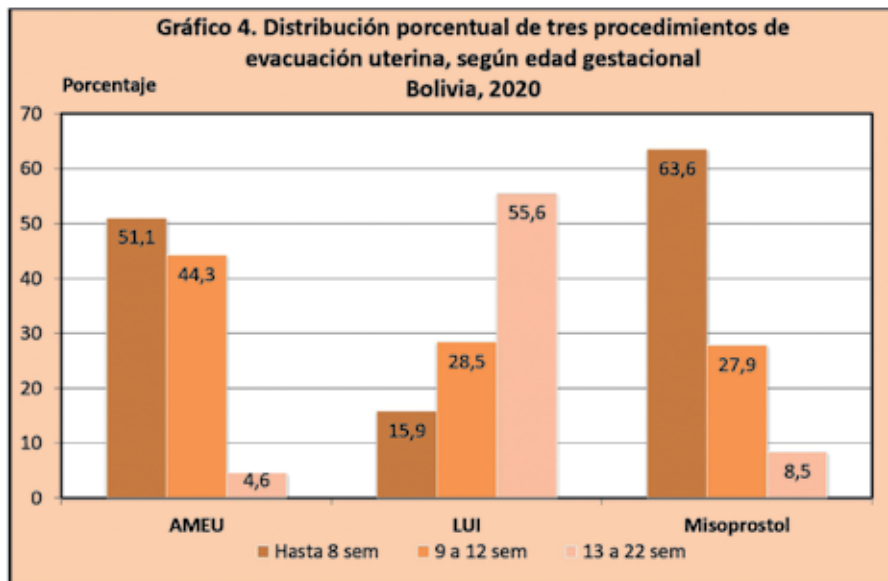
Asimismo, hay un 15,7% de combinación de procedimientos (misoprostol + AMEU; misoprostol + LUI; AMEU + LUI), que requiere análisis a fin de reducir el porcentaje. La combinación más frecuente fue misoprostol + AMEU.

“ La disminución de atenciones que ha tenido lugar en 2020 en el subsector público de salud, al menos a partir de los datos del registro clínico, está relacionada con la pandemia covid-19. ”



Las variaciones en el modelo de atención responden a la experiencia de los operadores locales con cada procedimiento y también, a la edad gestacional del aborto incompleto y del legal. Esto último queda reflejado en el gráfico 4, en el que es posible verificar que cuanto más

avanzado es el embarazo, se reduce la preferencia por el AMEU y aumenta la que corresponde al LUI. El empleo del misoprostol tiene la misma característica que la AMEU, aunque su preferencia en las primeras ocho semanas de gestación es bastante mayor³.

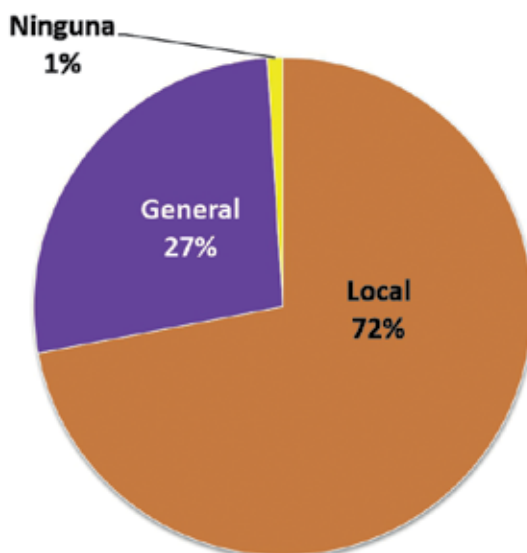


³ La distribución porcentual del gráfico 4 es al interior de cada procedimiento y no para el conjunto de los tres métodos. Esta aclaración es importante para no malinterpretar las cifras.

Las dos opciones de anestesia para evacuar el útero aparecen en el gráfico 5, más «ninguna» que corresponde al empleo de misoprostol solo. El porcentaje correspondiente a anestesia

local es ligeramente superior a la aplicación de la AMEU sola, porque incluye a los procedimientos combinados, como misoprostol + AMEU.

Gráfico 5. Distribución porcentual del tipo de anestesia utilizada para evacuar el útero Bolivia, 2020

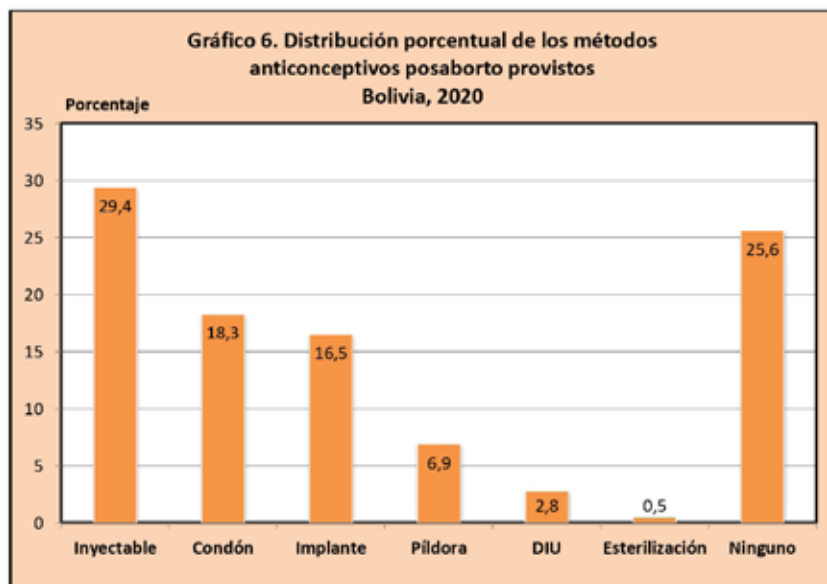


Persiste la brecha entre las mujeres que reciben orientación para el uso posaborto de una MAC y las que finalmente egresan con un método del servicio de salud. A este problema se suma el hecho de que las aceptantes prefieren métodos de corta duración, cuya menor efectividad las expone a un nuevo embarazo.

Si bien el porcentaje de mujeres que acepta un método anticonceptivo posprocedimiento ha experimentado un ascenso importante, continúa como motivo de preocupación el tipo de anticonceptivo que eligen.

En 2020, de las mujeres que concurrieron a 40 establecimientos de salud públicos para solicitar atención integral del aborto, el 54,6% optó por un método de corta duración (inyectable, condón, píldora) y solo el 19,8% uno de mayor seguridad y duración (implante, DIU, esterilización). Una de cada cuatro prefirió irse sin ningún método anticonceptivo, por lo que más de dos tercios de las pacientes que fueron atendidas, corría el riesgo de quedar nuevamente embarazada⁴.

⁴ De acuerdo con la encuesta de salida realizada por Ipas⁽²⁰⁾ en 2019, el 71% de las mujeres entrevistadas afirmó haber utilizado un MAC alguna vez en su vida, en tanto que el 44% dijo que había usado uno "los días previos a la entrevista". Entre estas, el 44% utilizó condón, inyectable el 27% y la píldora el 18%. Es decir, el 89% utilizó un método de corta duración.



Por departamento, Chuquisaca y Tarija tienen los porcentajes más altos de mujeres que egresaron sin haber aceptado método alguno; lo contrario ocurrió en Pando y Beni. Asimismo, Pando, Cochabamba y Beni tienen los porcentajes más elevados de mujeres que optaron por un método de corta duración, en tanto que Chuquisaca y Tarija apuntaron las cifras más bajas. Finalmente, Potosí y Beni son dos departamentos en los que elevados porcentajes de mujeres optaron por métodos de larga duración; lo contrario ocurrió en Cochabamba y La Paz.

2015 y, en el caso de Seguro Universal de Salud, a los conflictos sobre deudas a los gobiernos municipales encargados de operar el seguro y que pudieron haber afectado la cantidad, calidad y oportunidad de los reportes. Una fuente adicional que sugiere una reducción en el número de atenciones, es el “cuaderno de registro clínico” de Ipas.

En los diez años anteriores, el promedio de abortos por día fue de 155. 143 abortos al día el 2010, 163 el 2016 y 158 el 2019. Todos los valores estimados de los diez indicadores relacionados con el aborto han experimentado algunas variaciones entre 2016 y 2019. Aumentó el índice de abortos por cada 1.000 partos atendidos, en tanto que experimentó reducción el índice de abortos complicados atendidos por cada 1.000 abortos atendidos, al igual que la tasa de abortos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años.

5. CONCLUSIONES

La estimación para 2019 del número de abortos en Bolivia arrojó una cifra ligeramente menor que la correspondiente a 2016. Las causas pueden ser atribuidas a la reducción constante del número de abortos atendidos notificados al SNIS-VE, especialmente a partir de

De acuerdo con los datos registrados en las planillas de seguimiento clínico, además de la disminución de

los casos atendidos, ocurrió también una reducción del porcentaje de mujeres adolescentes en situación de aborto atendidas.

En 2020, en los casos registrados en el cuaderno de registro clínico, no ha tenido lugar una reducción de la edad promedio global de las mujeres atendidas en situación de aborto, pero si se ha detectado una diferencia de nueve años menos en la edad promedio global de las mujeres que solicitaron interrupción legal de su embarazo. También las mujeres con aborto incompleto acudieron, en 2020, a una edad gestacional promedio de 10 semanas, en tanto que las solicitantes de ILE lo hicieron a una edad gestacional promedio de 14 semanas.

En cuanto a los procedimientos de evacuación uterina, ha ocurrido una leve reducción del porcentaje de uso de la AMEU en todos los departamentos, a la vez que los métodos medicamentosos todavía no parece que sean una opción importante para los operadores locales.

Los cuadernos de registro clínico han revelado que los modelos de atención del aborto son diferentes en los abortos incompletos y en las interrupciones legales. La AMEU es, con mucho, más frecuente en los abortos incompletos, en tanto que la combinación de métodos y los procedimientos medicamentosos se dan más en las ILE.

Persiste la brecha entre las mujeres que reciben orientación para el uso posaborto de un MAC y las que finalmente egresan con un método. A este problema se suma el hecho de que las aceptantes prefieren métodos de corta duración, cuya menor efectividad las expone a un nuevo embarazo.

Referencias

1. Instituto Guttmacher. Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-es.pdf> (Acceso el 15 de enero de 2021).
2. Ipas Bolivia. Las cifras hablan. El aborto realizado en condiciones de riesgo es un problema de salud pública. La Paz: Euro Express Impresores S.R.L; 2011.
3. Ipas Bolivia. Las cifras del aborto en Bolivia II. La Paz; enero 2018 (Informe de consultoría).
4. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Estadística. Mortalidad materna en Bolivia 2000. Resultados de la encuesta poscensal. La Paz; 2003 (Informe de consultoría).
5. Ministerio de Salud. Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 (Resumen ejecutivo). La Paz: Grafika Leal; 2016 (Serie: Documentos de Investigación).
6. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Alerta epidemiológica. Covid-19 durante el embarazo. Washington, D.C.: OPS/OMS; 13 de agosto 2020. Disponible en: <https://www.paho.org> (Acceso el 23 de enero de 2021).
7. De La Galvez Murillo A. La atención de partos y nacimientos en el año de la covid-19. Disponible en: <https://www.ommncides.edu.bo> (Acceso el 24 de enero de 2021).
8. Castro MD, De La Galvez Murillo A, Rentería MC. Salud sexual, salud reproductiva y derechos en tiempos del covid-19. *Umbral*. 2020;36:245:268.
9. Ministerio de Salud, Dirección de Seguros de Salud. Prestaciones del

- Seguro Universal de Salud ejecutadas en 2019. La Paz (reporte en CD).
10. Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia. Producción de servicios. Atención del parto en servicio. Disponible en: <https://estadisticas.minsalud.gob.bo/Reportes/> (Acceso el 20 de enero de 2021).
 11. Ministerio de Salud y Deportes. Vigilancia Epidemiológica. Salud sexual y reproductiva. Atención de las hemorragias de la primera mitad del embarazo. Disponible en: https://estadisticas.minxsalud.gob.bo/Reportes_Vigi/ (Acceso el 20 de enero de 2021).
 12. Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia. Producción de servicios. Atención del parto en domicilio por personal de salud. Disponible en: <https://estadisticas.minsalud.gob.bo/Reportes/> (Acceso el 20 de enero de 2021).
 13. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas sociales. Demografía. Bolivia. Proyecciones de población total e indicadores demográficos 2012-2020. Disponible en: <https://www.ine.gob-bo> (Acceso el 22 de enero de 2021).
 14. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión, volumen 1. Washington D.C.: OPS/OMS; 1995.
 15. Estado Plurinacional de Bolivia. Ministerio de Salud. Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en el Marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014. La Paz: Creativa Producciones; 2015 (Serie: Documentos Técnico Normativos).
 16. Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Justicia. Guía de atención a víctimas de violencia sexual. La Paz: PSD Printers & Design; 2015.
 17. Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Salud. Modelo de atención integral a víctimas de violencia sexual. La Paz: Ministerio de Salud; 2015 (Serie: Documentos Técnico Normativos).
 18. De La Galvez Murillo A, Pando Miranda JR. Epidemiología de la covid-19 en Bolivia. Revista de la Asociación Médica Argentina. 2020;133(3):16-21.
 19. Pando Miranda JR, De La Galvez Murillo A, Padilla Condori M. El covid-19 contra todos. Opiniones y vivencias de médicos residentes del Sistema de Salud Departamental La Paz. La Paz: Médicos Consultores; 2021.
 20. Ipas Bolivia. Perspectivas de las usuarias sobre la atención integral del aborto y los servicios de anticoncepción en hospitales públicos de Bolivia. La Paz, marzo 2020.



Calle 18 de Calacoto,
Edif. Parque 18, N 8022 Piso 1, Oficina 1A
Casilla 6673
Telf. / Fax: (591) (2) 211 6760
La Paz - Bolivia

 <https://www.facebook.com/IpasBolivia>

 <https://www.instagram.com/IpasBolivia>

 <https://twitter.com/IpasBolivia>

www.ipasbolivia.org