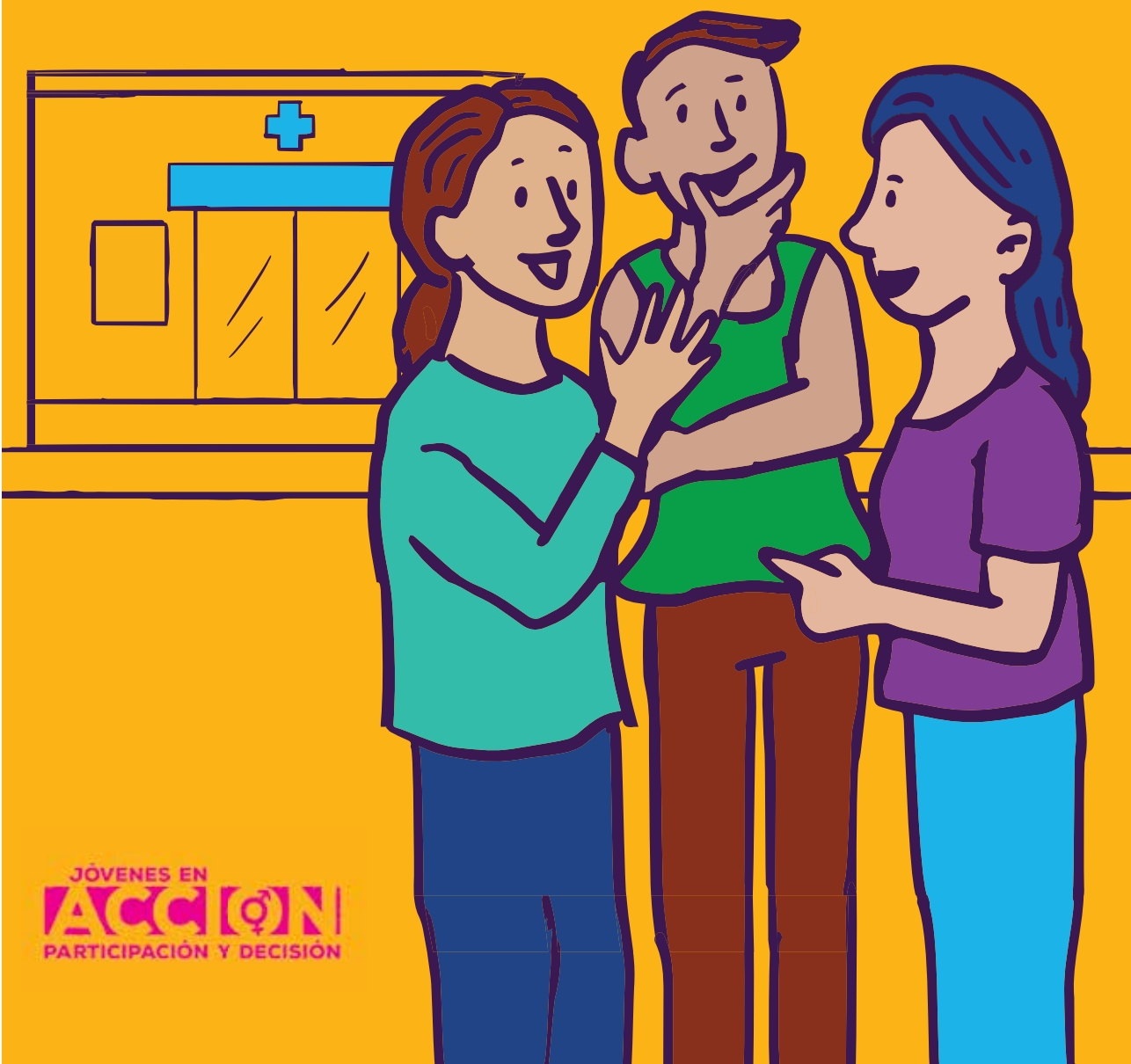
BARRERAS PARA ACCEDER A SERVICIOS PÚBLICOS

QUE LIMITAN EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE ADOLESCENTES

EN 8 MUNICIPIOS DE BOLIVIA



JÓVENES EN ACCIÓN
PARTICIPACIÓN Y DECISIÓN

BARRERAS PARA ACCEDER A SERVICIOS PÚBLICOS QUE LIMITAN EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE ADOLESCENTES EN 8 MUNICIPIOS DE BOLIVIA

La Paz, 24 de agosto de 2021

©Alianza por la Solidaridad

La Paz, Bolivia. 2021

Investigadoras: María Eugenia Torrico Palacios y Claudia Lorena Velez Colque

Revisión de Metodología: Magalí Chávez y Gioconda Diéguez.

Revisión de contenidos: Magalí Chávez

Corrección de estilo: Milenka Torrico

Diseño y diagramación: José Manuel Zuleta (Bien Común Estudio)

Ilustración: Pilar Montesinos (Bien Común Estudio)

Imprenta: Grupo Paper Impresiones

Depósito Legal: 4-1-6288-2021

La presente publicación ha sido elaborada con el apoyo financiero de la Unión Europea. Su contenido es responsabilidad exclusiva de las autoras del estudio y no necesariamente refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

Publicación realizada en el marco del proyecto “Jóvenes en acción: fortaleciendo la participación social de la juventud para el desarrollo de políticas públicas que garantizan los derechos sexuales y reproductivos en Bolivia”.

BARRERAS PARA ACCEDER A SERVICIOS PÚBLICOS

QUE LIMITAN EL EJERCICIO DE LOS

DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS DE ADOLESCENTES

EN 8 MUNICIPIOS DE BOLIVIA

La Paz, 24 de agosto de 2021

Contenido

Presentación 11

I. ANTECEDENTES 13

II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 17

III. ANÁLISIS DE CONTEXTO 21

3.1. CONTEXTO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS 23

Normativa internacional de los derechos sexuales y derechos reproductivos 25

3.2. SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN BOLIVIA 27

CONTEXTO NACIONAL DE LA SSySR 27

Normativa nacional de los derechos sexuales y derechos reproductivos 29

3.3. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD 34

3.4. SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA LA POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JOVEN 38

3.5 REDES DE SERVICIOS CON ENFOQUE DE ATENCIÓN INTEGRAL DIFERENCIADA A ADOLESCENTES Y JÓVENES 43

3.6 LA PANDEMIA POR COVID-19 Y LA SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA 47

3.7 BARRERAS DE ACCESO EN LA ATENCIÓN A ADOLESCENTES Y JÓVENES 50

IV. OBJETIVOS 53

4.1. Objetivo *g*eneral 55

4. 2. Objetivos *e*specíficos 55

V. METODOLOGÍA 57

5.1. Tipo de investigación 59

5.2. Tipo de muestra 60

5.3. Lugar del estudio 60

5.4. Proceso de convocatoria 61

5.5. Criterios de inclusión 61

5.6 Criterios de *e*xclusión 62

5.7. Instrumentos 62

5.8. Procedimiento de *c*onsentimiento *i*nformado 62

5.9. Proceso de interpretación para resultados cuantitativos 63

5.10. Proceso de interpretación para resultados cualitativos 63

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS 65

6.1. DATOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS 67

6.2. PERCEPCIONES CON RELACIÓN A LAS BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS AIDAJ 101

VII. CONCLUSIONES GENERALES 115

VIII. RECOMENDACIONES 139

Centros de salud 142

Actores claves/tomadores de decisión 143

IX. BIBLIOGRAFÍA 145

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Marco normativo internacional de los derechos sexuales y derechos reproductivos	26
Tabla 2.	Legislación sobre salud y derechos sexuales y derechos reproductivos	30
Tabla 3.	Modalidades y características de los servicios de atención diferenciada	40
Tabla 4.	Centros que brindan atención integral diferenciada a adolescentes y jóvenes en Bolivia	44
Tabla 5.	Centros de salud acreditados en atención integral diferenciada a adolescentes y jóvenes	44
Tabla 6.	Ocupación de las y los participantes, por municipio	73
Tabla 7.	Percepción de los y las AJ respecto a la atención en el centro de salud	80
Tabla 8.	Razones de AJ para volver al centro de salud, por municipio	84
Tabla 9.	Razones de AJ para no volver al centro de salud, por municipio	85
Tabla 10.	Razones de AJ para no acudir a un centro de salud	87
Tabla 11.	Características deseables de un centro AIDAJ según los y las AJ	89
Tabla 12.	Características deseables de un centro AIDAJ, según el sexo de AJ	89
Tabla 13.	Barreras primarias	102
Tabla 14.	Barreras secundarias	111

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Cobertura de consultas médicas para adolescentes y jóvenes en los 8 municipios de intervención	36
Figura 2.	Cobertura de consultas médicas para adolescentes y jóvenes en los 8 municipios de intervención por sexo	37
Figura 3.	Cobertura de servicios en salud dirigidos a adolescentes y jóvenes (gestión 2019-2020 y 1.er semestre 2021)	42
Figura 4.	Distribución de adolescentes y jóvenes, por municipio	67
Figura 5.	Sexo del extrevistado/a	68
Figura 6.	Sexo del entrevistado/a, por municipio	69
Figura 7.	Orientación sexual del y de la informante	70
Figura 8.	Nivel educativo de las y los participantes	71
Figura 9.	Razones del abandono de estudios	72
Figura 10.	Identificación cultural de las y los participantes	74
Figura 11.	Nivel socioeconómico de las y los adolescentes y jóvenes	75
Figura 12.	Asistencia a centro de salud para recibir atención en SSySR	76
Figura 13.	Adolescentes y jóvenes que asisten a CS, según el sexo	77
Figura 14.	Adolescentes y jóvenes que asisten a CS, según la edad	78
Figura 15.	Recepción de atención diferenciada para adolescentes y jóvenes	79
Figura 16.	Promoción de servicios para AJ en centros de salud	81

Figura 17. Promoción de servicios para AJ en centros de salud, por municipio 81

Figura 18. Posibilidad de elegir al profesional en salud 82

Figura 19. Conocimiento de AJ sobre los centros AIDAJ 83

Figura 20. Satisfacción de AJ con el servicio del centro de salud 86

Figura 21. Uso de MAC durante la última relación sexual 88

Figura 22. Madres y padres de familia encuestadas/os, por municipio 90

Figura 23. Recepción de información sobre DSyDR o SSySR 91

Figura 24. Conveniencia de la información sobre SSySR para AJ 92

Figura 25. Edad apropiada para recibir información sobre SSySR 93

Figura 26. Conveniencia de que los padres y las madres informen sobre SSySR 94

Figura 27. Información sobre prevención de violencia 94

Figura 28. Padres y madres que conversan sobre SSySR y DSyDR con su hijo/a 95

Figura 29. Padres y madres que conversan sobre SSySR y DSyDR con su hijo/a, por municipio 96

Figura 30. Experiencia de embarazo adolescente en las familias, por municipio 97

Figura 31. Padres y madres de familia que conocen los centros AIDAJ 97

Figura 32. Padres y madres de familia que conocen los centros AIDAJ, por municipio 98

Figura 33. Establecimientos de salud encuestados, por municipio 99

Figura 34. Establecimientos con consultorio específico para AJ 99

Figura 35. Solicitud de consentimiento parental para entregar MAC a AJ 100

Tabla 36. Atención en SSySR para AJ afectada por Covid-19 101

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AIDAJ	Atención Integral Diferenciada para Adolescentes y Jóvenes
AJ	Adolescentes y Jóvenes
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women - Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CNNA	Código Niño, Niña, Adolescente
CS	Centro de Salud
DSDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
EIS	Educación Integral de la Sexualidad
IP	Incidencia Política
LGBTIQ+	Lesbiana, gay, bisexual, transgénero, transexual, travesti, intersexual y queer
MAC	Métodos anticonceptivos
OJ	Organizaciones Juveniles
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
PPPEA	Plan Plurinacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes
SNIS - VE	Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica
SSySR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
SEDES	Servicio Departamental de Salud
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas

Presentación

Los derechos sexuales y derechos reproductivos (DSyDR) son derechos humanos centrales para el real ejercicio de la ciudadanía. Estos derechos fueron reconocidos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 y, más ampliamente, en la Conferencia Regional de Población y Desarrollo de Montevideo del 2013. Esta se celebró en conmemoración de los 20 años de la Conferencia de El Cairo, y tuvo como producto el *Consenso de Montevideo.*

En el ámbito nacional, estos derechos son reconocidos por la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. Asimismo, a través de diversas leyes, se reconocen los derechos de adolescentes y jóvenes, incluyendo los DSyDR. Cabe señalar también que, desde el Ministerio de Salud, se han realizado esfuerzos para implementar una atención integral y diferenciada para adolescentes y jóvenes (AIDA).

No obstante, aún existen problemas que ponen en evidencia la vulneración de estos derechos. Entre estos destacan la alta incidencia de embarazos en adolescentes; la alta razón de mortalidad materna, de la que el 33% corresponde a mujeres adolescentes y jóvenes; la incidencia de VIH/SIDA, y el gran número de casos de violencia sexual.

El acceso a los servicios de salud por parte de la población adolescente y joven es primordial para la atención de estas problemáticas, así como para su autocuidado y el ejercicio de sus derechos. Sin embargo, el acceso de adolescentes y jóvenes a estos servicios es aún limitado, situación que se ha agudizado en el contexto de la pandemia por Covid-19.

En ese sentido, el presente estudio ha buscado, a través de herramientas cuantitativas y cualitativas, determinar y analizar las barreras para acceder a los servicios públicos de atención diferenciada para adolescentes y jóvenes y a los servicios de salud sexual y reproductiva, en ocho municipios de cuatro departamentos del Bolivia: El Alto y Patacamaya (La Paz); Quillacollo y Cochabamba (Cochabamba); Santa Cruz y El Torno (Santa Cruz), y Sucre y Zudañez (Chuquisaca). El fin es generar insumos y propuestas para mejorar el acceso a los servicios públicos y el ejercicio de los DSyDR.

Este trabajo ha sido posible gracias al apoyo de la Unión Europea, en el marco del proyecto “Jóvenes en Acción: fortaleciendo la participación social de la juventud para el desarrollo de políticas públicas que garantizan los derechos sexuales y reproductivos en Bolivia (2020-2022)”, que implementa Alianza por la Solidaridad y el Centro de Investigación, Educación y Servicios (CIES, Salud sexual y Salud reproductiva). Agradecemos también el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), en el marco del proyecto “Fortaleciendo los sistemas de protección social para una respuesta integral a la violencia de género en Bolivia ante la crisis por Covid-19”.

Esperamos con esto contribuir a fortalecer las acciones en favor de los derechos de la población adolescente y joven, y del ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos sin ningún tipo de discriminación.

Gioconda Diéguez

Coordinadora País

Alianza por la Solidaridad

I. ANTECEDENTES

La adolescencia es un período con características particulares (psicosociales, emocionales, físicas y de identidad). En esta etapa, también se presenta un aumento significativo de las prácticas de riesgo. Las y los adolescentes tienen una gran necesidad de servicios de atención preventiva, consejería, detección temprana de comportamientos de riesgo y educación sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos (DSyDR).

Para la OMS, la adolescencia es "el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica". Esta etapa se enmarca en la segunda década de la vida y presenta procesos de socialización en los que las y los jóvenes están pendientes de la aprobación social y, sobre todo, la de sus pares. Esto debilita su autoimagen y su autoestima, haciéndolos vulnerables a las drogas, el alcoholismo, las agresiones, la violencia, los accidentes, etc.

La alta prevalencia de comportamientos de riesgo, especialmente entre los 16 y 24 años, podría generar hábitos negativos para la salud por el resto de la vida. Estos comportamientos se traducen no solo en una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades en el futuro, sino en problemas que sufren los propios adolescentes, como el embarazo no deseado, las infecciones de transmisión sexual, el VIH-Sida, etc.

La vulnerabilidad social a la que están expuestos las y los adolescentes genera la necesidad de abrir espacios de salud que contemplen sus requerimientos desde una perspectiva de derechos y de género. Pese a esa gran necesidad, diversos estudios en todo el mundo demuestran que tan solo un porcentaje mínimo de las y los adolescentes ha tenido una consulta de chequeo en el último año (Dempsey, 2009). Sin embargo, cuando acuden a los servicios de salud, la mayoría de las y los adolescentes no recibe los servicios recomendados, incluyendo la consejería o asesoría sobre comportamientos y prácticas de riesgo.

En la prestación de servicios de SSySR para adolescentes y jóvenes, las barreras más reportadas se relacionan con factores asociados con el entorno sociocultural de adolescentes y jóvenes y de proveedoras/es de servicios (la configuración de imaginarios sociales, los conceptos y valores del cuidado de la salud, la percepción acerca de los servicios, los aspectos socioeconómicos); con la provisión de servicios (su ubicación y organización, las competencias de los

profesionales, la participación efectiva de diversos sectores, las instituciones y los grupos comunitarios aliados), y con las decisiones políticas y administrativas en las que se enmarcan estos servicios.

Los bajos niveles de educación, el desempleo, el difícil acceso a los servicios de SSySR (incluidos los métodos de anticoncepción), la violencia intrafamiliar y sexual, el nivel socioeconómico, además de los usos y costumbres de cada población, se convierten en barreras que afectan la SSySR de las y los adolescentes. Estas barreras deben ser afrontadas por las y los proveedoras/es de servicios de salud; la oferta de servicios de salud debe adaptarse a las necesidades y particularidades de las y los adolescentes, y los servicios de salud deben estar sensibilizados con esta población.

Las y los adolescentes y jóvenes tienen necesidades especiales de atención y de políticas adecuadas de salud, las cuales deberían involucrarlos activamente, de modo que sean partícipes en el proceso de elaboración e implementación de políticas públicas que permitan un mayor ejercicio de sus DSyDR.

La relación entre la salud sexual y reproductiva (SSR) y la calidad de vida/bienestar es un elemento fundamental para evaluar el impacto de la salud sobre la calidad de vida/bienestar de la población. La SSR lleva implícitos los derechos reproductivos a tener información y acceso a servicios de planificación familiar, los cuales permiten reducir la fecundidad, con los correspondientes efectos. A nivel de la sociedad, una menor fecundidad permite acelerar la transición demográfica, disminuyendo la fecundidad y la tasa de crecimiento poblacional. A nivel familiar, un menor número de miembros reduce la competencia por recursos al interior del hogar, lo cual permite mejorar las condiciones de vida (Flórez y Soto, 2009).[1]

1 La tasa de crecimiento poblacional está determinada, en gran parte, por la fecundidad. Este hecho explica las altas tasas de crecimiento de ALC durante las décadas sesenta y setenta del siglo XX.

II. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La vulnerabilidad de las y los adolescentes aumenta ante los eventos de riesgo en materia de salud sexual —y, en particular, ante las ITS—, en la medida en que la edad de inicio de las relaciones disminuye progresivamente debido a una serie de factores socioculturales. Además, este fenómeno ocurre en un contexto que favorece la ausencia de información clara, comunicable y coherente, orientada a la vivencia de una sexualidad saludable.

Bolivia cuenta con poca información que describa de manera continua y sostenible las características y necesidades de las poblaciones más vulnerables, como son las y los adolescentes y jóvenes. La falta de información acerca del uso, la cobertura y el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva es uno de los temas que necesita ser satisfecho.

Muchos de los problemas de salud que hoy son objeto de grandes gastos económicos tienen su origen en conductas iniciadas durante la adolescencia y la juventud (el consumo de alcohol y drogas; las conductas sexuales sin protección, que aumentan el riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados; el consumo de tabaco; la actividad física insuficiente; los malos hábitos de nutrición, y los trastornos en la conducta alimentaria).

La atención en salud debe brindarse de acuerdo con los derechos sexuales y derechos reproductivos, es decir, respetando y garantizando el ejercicio de aquellas libertades, en íntima conexión con el derecho a la vida, a la integridad física y psíquica, a la salud, a la intimidad, a la no discriminación, entre otros. De

este modo, se garantizan servicios integrales para la población adolescente y joven, en los que exista una participación activa en la determinación de necesidades y prioridades para su debida atención.

III. ANÁLISIS DE CONTEXTO

3.1. CONTEXTO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Las y los adolescentes y jóvenes, como sujetos de derechos, viven un período de enormes oportunidades para la construcción y consolidación de sus identidades y representan uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de cualquier sociedad. La adolescencia es un momento crítico del desarrollo humano, que posee características singulares en razón de factores psicosociales, físicos y de identidad. En esta etapa se consolida la personalidad, la seguridad como individuo y la proyección al futuro, pero también se presenta un aumento significativo de las prácticas de riesgo, junto a importantes cambios emocionales y físicos, que pueden afectar a largo plazo la trayectoria de salud. Por estas razones, las y los adolescentes tienen una gran necesidad de servicios de atención preventiva, consejería, detección temprana de comportamientos de riesgo, educación sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos (DSyDR), entre otros. No obstante, las y los adolescentes conforman el grupo etario que, históricamente, menos probabilidad ha tenido de utilizar los servicios de salud.

"...las y los adolescentes tienen una gran necesidad de servicios de atención preventiva, consejería, detección temprana de comportamientos de riesgo, educación sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos (DSyDR), entre otros."

Los gobiernos de distintos países, al igual que diversos organismos de ayuda multilateral, han demostrado gran interés en encontrar formas de maximizar la prestación de servicios de atención a esta población. Es así que las políticas de salud sexual y reproductiva (SSR) de los diferentes países, específicamente de los pertenecientes a la subregión andina, se inscriben en el marco conceptual definido por las plataformas emanadas de los eventos internacionales, que se presentan a continuación:

"la información y los servicios deberían estar disponibles para ayudarles a comprender su sexualidad y a protegerse contra embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y el riesgo subsiguiente de infertilidad.Lo cual debería combinarse con la educación sobre el respeto a la autodeterminación de las mujeres y a compartir la responsabilidad con las mujeres en materia de sexualidad y reproducción"

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW, por sus siglas en inglés), adoptada por la ONU en 1979, determinó que el acceso a los servicios de SSySR es un derecho humano, basado en la igualdad de las mujeres y los hombres. Por tanto, dio a los Estados la tarea de garantizar que las mujeres y los hombres gozaran de "los mismos derechos para decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos, y a tener acceso a la información, educación y a los medios para ejercer estos derechos" (ONU, 1979).

La Convención para los derechos de la Infancia de 1989, en su artículo 24, ofrece a las y los jóvenes el derecho a los cuidados de salud preventiva y hace un llamado a la protección específica para los o las que se encuentran en situación de discapacidad.

En 1994, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo y, en 1995, la Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing, reconocieron los derechos reproductivos y sexuales como la aplicación de los derechos humanos fundamentales al campo de la sexualidad y la reproducción. Además, pusieron en la agenda internacional —para las dos siguientes décadas— el acceso universal a cuidados de salud sexual y reproductiva seguros, accesibles y efectivos. Del mismo modo, respaldaron específicamente el derecho de las y los adolescentes a los servicios de SSR señalando que "la información y los servicios deberían estar disponibles para ayudarles a comprender su sexualidad y a protegerse contra embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) y el riesgo subsiguiente de infertilidad.

Lo cual debería combinarse con la educación sobre el respeto a la autodeterminación de las mujeres y a compartir la responsabilidad con las mujeres en materia de sexualidad y reproducción" (ONU, 1995).

En septiembre de 2000, la Declaración del Milenio, adoptada por 187 países, llevó a la definición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y de sus metas asociadas. El quinto objetivo se relaciona con la salud materna y plantea la meta de reducir en tres cuartos la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015. A pesar de la importancia dada a la SSR en la CIPD, esta no estaba incluida en las 18 metas asociadas a los 8 objetivos definidos en el 2000. Por esta razón, y después del esfuerzo de muchos Gobiernos y ONG, en octubre de 2006, la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó incluir una nueva meta en el quinto ODM: garantizar el acceso universal a la salud reproductiva en el 2015. Con esta enmienda, se ratifica el compromiso internacional con la SSR, que se había logrado en 1994 en la CIPD, y se obliga a los países a incorporar, dentro del marco de las reformas del sector salud, políticas que promuevan y garanticen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (Bernstein y Hansen, 2008).

A partir de las conferencias internacionales de población, puede decirse que el concepto de SSR evoluciona de un enfoque tradicional de planificación familiar a una dimensión amplia de promoción de los derechos reproductivos y sexuales y de mejoramiento de la SSR.

Normativa internacional de los derechos sexuales y derechos reproductivos

Existen compromisos establecidos a nivel nacional e internacional que definen el marco legal que faculta y obliga al Estado a definir políticas y realizar acciones que contribuyan a disminuir el embarazo adolescente, por cuanto es un problema social y de salud pública.

Bolivia es signataria de varios instrumentos internacionales aprobados por consensos en conferencias y convenciones internacionales, de las que destacamos las que se presentan a continuación.

Tabla 1

Marco normativo internacional de los derechos sexuales y derechos reproductivos

Instrumento	Descripción
Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948	Establece los principios fundamentales de libertad, justicia y paz, y garantiza el disfrute de todos los derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y derechos reproductivos.
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 1966	Dentro de su catálogo, incluye el derecho a la educación y el derecho a la salud, de los cuales se desprenden observaciones del Comité PIDESC en torno a la salud sexual y la salud reproductiva y a la educación para la sexualidad.
Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José, 1969	A partir de este documento, surge el debate sobre "el derecho a la vida", que fue aclarado por la interpretación histórica de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de que ese derecho no otorga el estatus de persona al embrión.
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), 1979	El Comité de la CEDAW ha incorporado una multiplicidad de recomendaciones relativas a los derechos sexuales y los derechos reproductivos declarando su carácter vinculante (obligatorio) para los Estados.
Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém Do Pará), 1994	Reconoce la violencia como una violación de los derechos humanos y propone el desarrollo de mecanismos de protección y defensa de la integridad física, sexual y psicológica de las mujeres, tanto en el ámbito público como en el privado.
Plataforma de acción de El Cairo sobre población y desarrollo, 1994	Hace énfasis en que los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos y, por tanto, uno de los pilares más importantes en materia de población y desarrollo.
Plataforma de acción de Beijing, Conferencia Internacional de la Mujer, 1995	Refuerza el concepto de los derechos reproductivos, y afirma el reconocimiento de los derechos sexuales y el derecho a decidir sobre la reproducción.
Convención Iberoamericana de la Juventud, 2000	Incorpora en la normativa jurídica internacional las obligaciones de los Estados para garantizar a las y los jóvenes sus derechos sexuales y derechos reproductivos.
Principios de Yogyakarta, 2007	Plantea la aplicación de la legislación internacional sobre derechos humanos en relación con la orientación sexual e identidad de género.
Consenso de Montevideo, 2013	Asume el compromiso de promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de forma integral e indivisible; de asegurar servicios seguros y de calidad de aborto en los casos en que el aborto es legal, y de avanzar en la modificación de leyes y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

Agenda 2030 de Desarrollo sostenible	Reconfigura y amplía las acciones para garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, incluyendo el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, de planificación familiar, de información y educación; y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
Convención Interamericana contra el racismo, la discriminación racial y formas conexas de intolerancia, y Convención Interamericana contra toda forma de discriminación e intolerancia, 2013.	Por primera vez en Latinoamérica y el Caribe, mencionan a la orientación sexual y a la identidad y expresión de género como categorías protegidas contra toda forma de discriminación.

Fuente: *Memoria Institucional de la Mesa Nacional de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos,* 2004-2020

3.2. SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA EN BOLIVIA

CONTEXTO NACIONAL DE LA SSySR

La salud integral de las y los adolescentes y jóvenes en el país constituye un elemento clave para el progreso social, económico y político. Invertir en este grupo etario contribuye al mejoramiento de las condiciones sociales de las generaciones presentes y futuras (Ministerio de Justicia, 2015). Las condiciones en las que se desarrolla la salud de adolescentes y jóvenes se establecen desde el embarazo, con el parto y en primeros años de vida, e influyen directamente en el desarrollo de sus potencialidades. El entorno familiar, cultural, social, escolar, económico y ambiental incide notablemente en su posterior desarrollo e inserción en la sociedad. Entre los principales problemas que se presentan durante los primeros años de vida, se identifican aquellos relacionados con la nutrición y desarrollo psicosocial; la discriminación generacional, cultural y en razón de género; la violencia intrafamiliar; la inequidad y la invisibilización de la sexualidad, y el ejercicio de derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos.

En este contexto, hay un problema de fondo: una sociedad adultocentrista que no las y los reconoce de manera efectiva como sujetos de derechos, capaces de participar activamente en la resolución de las problemáticas que les afectan. Ellas y ellos son vistas/os como sujetos "dependientes", "no productivos" e "irresponsables". Es por esto que la sexualidad es silenciada y no se les reconoce la capacidad de conocer y ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos, lo que deriva en que se les restrinja la posibilidad de elegir y decidir de manera informada, libre y responsable.

"En este contexto, hay un problema de fondo: una sociedad adultocentrista que no las y los reconoce de manera efectiva como sujetos de derechos, capaces de participar activamente en la resolución de las problemáticas que les afectan."

Bolivia cuenta con el *Plan estratégico nacional de salud sexual y salud reproductiva*, cuyo objetivo es garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, considerando las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas lesbianas, *gays*, bisexuales y transexuales (LGBT), adultos mayores y personas con discapacidad. Además, se presta particular atención a la población que vive en zonas rurales y remotas, en el marco de la política SAFCI.

El *Plan estratégico de salud sexual y salud reproductiva 2016-2020* contempla las siguientes líneas estratégicas:

1. Mejorar la salud materna y perinatal a través de la oferta de atención calificada y respetuosa durante el embarazo, el parto y el puerperio.

2. Potenciar las decisiones informadas y responsables de las personas en la selección y uso de métodos efectivos, eficaces y accesibles.

3. Potenciar la atención integral de la salud de las y los adolescentes para el desarrollo y ejercicio de su sexualidad.

4. Mejorar la salud de mujeres y hombres, en todo el ciclo de vida, mediante el diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino, mama y próstata.

5. Contener la incidencia de las ITS y el VIH y mitigar los efectos de la epidemia mediante acciones para la promoción de comportamientos saludables.

6. Promover la prevención de la violencia de género.

7. Mejorar el acceso a una atención integral de salud sexual y salud reproductiva de las personas con discapacidad.

8. Generar condiciones y oportunidades para promover y garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población LGTBI, contribuyendo a disminuir las desigualdades.

Normativa nacional de los derechos sexuales y derechos reproductivos

La responsable nacional de Salud Sexual y Reproductiva en Bolivia, Dra. Mariela Becerra, señala que “Bolivia ha tenido grandes avances en materia de legislación favorable a los derechos sexuales y derechos reproductivos, los cuales fueron reconocidos en la Constitución Política del Estado Plurinacional”. Entre estos avances significativos se encuentran la Ley de Juventudes; el Código del Niño, Niña y Adolescente; la Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia; el Plan plurinacional de Prevención del embarazo adolescente; la Ley 475, que amplía las prestaciones de salud sexual para la mujer, incluyendo la anticoncepción, y las personas con discapacidad. Además, se encuentra en proceso el Protocolo de atención para las diversidades sexuales a partir de la Ley de Identidad de género.

En el siguiente cuadro se puede observar un resumen de la normativas relacionadas a los DSyDR en Bolivia:

Tabla 2
Legislación sobre salud y derechos sexuales y derechos reproductivos

Norma	Descripción
Ley 2426 de Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), del 21 de noviembre del 2002	Su objetivo es reducir la morbimortalidad materno-infantil. Garantiza la prestación gratuita de servicios de salud a niños y niñas menores de 5 años y a mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años de edad) hasta los 6 meses después del parto.
Ley 3729 para la prevención del VIH/SIDA y protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria de las personas que viven con VIH/SIDA, del 8 de agosto del 2007	Promueve la garantía de los derechos y deberes de las personas que viven con VIH/SIDA, así como del personal de salud y de la población en general. También garantiza la atención gratuita para personas que no tengan ningún seguro.
Ley 3845 de Ratificación de la Convención Iberoamérica de los Derechos de los Jóvenes, del 2 de mayo del 2008	Reconoce que los y las jóvenes son actores del desarrollo. El Estado se compromete a garantizar el ejercicio de todos los derechos relacionados a la juventud, incluyendo el acceso a una educación sexual libre de prejuicios, a la salud sexual y reproductiva y a la participación política.
Ley 3934 de Gratuidad para pruebas de ADN, del 18 de septiembre del 2008	Determina la gratuidad de las pruebas de ADN realizadas por el Instituto de Investigaciones Forenses, dependiente de la Fiscalía General de la República. Así procede en las denuncias o querellas en procesos penales por delitos de violación, abuso deshonesto y estupro, tipificados en el Código Penal, cuyas víctimas sean niñas, niños o adolescentes.
Constitución Política del Estado (7 de febrero de 2009)	Reconoce a jóvenes y adolescentes como titulares de derechos, garantizando su protección y promoción, y el interés superior de parte del Estado. Reconoce los derechos sexuales y derechos reproductivos, la equidad de género y sanciona la discriminación.
Ley 045 contra el Racismo y toda forma de discriminación, del 8 de octubre del 2010	Tiene por objetivos eliminar conductas de racismo y toda forma de discriminación y consolidar políticas públicas de protección y prevención de estos delitos. Previene y sanciona la discriminación, incluyendo aquella por razón de sexo y orientación sexual.
Ley 070 de la Educación "Avelino Siñani-Elizardo Pérez", del 20 de diciembre del 2010	Asegura el acceso a la educación para las adolescentes embarazadas.

Ley 223 para Personas con discapacidad, del 2 de marzo del 2012	Tiene por objeto garantizar, a las personas con discapacidad, el ejercicio pleno de sus derechos y deberes en igualdad de condiciones y equiparación de oportunidades, y el trato preferente bajo un sistema de protección integral. Asimismo, garantiza y fortalece la consejería en salud sexual y salud reproductiva para las personas con discapacidad.
Ley 263 contra la Trata y tráfico de personas, del 31 de julio del 2012	Su objetivo es combatir la trata y tráfico de personas y los delitos conexos. También garantiza los derechos fundamentales de las víctimas, a través de la consolidación de medidas y mecanismos de prevención, protección, atención, persecución y sanción penal de estos delitos.
Ley 342 de la Juventud, del 5 febrero del 2013	Reconoce la educación para la sexualidad y la salud reproductiva, y garantiza políticas y programas específicos para jóvenes que viven con VIH o sida. El artículo 9 establece los siguientes derechos: al libre desarrollo integral y desenvolvimiento de su personalidad; a una vida libre de violencia y sin discriminación; a la protección de la maternidad de las jóvenes y la paternidad de los jóvenes; a la salud integral, universal, accesible, oportuna, diferenciada, con calidad y calidez, intracultural e intercultural; a una educación y formación integral, gratuita, humana, plurilingüe, descolonizadora, productiva, intracultural, intercultural y alternativa. El artículo 38 establece que "el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, de acuerdo a sus competencias, desarrollarán políticas de educación para la sexualidad responsable en todos los niveles educativos, centros de salud pública y privada, en forma gratuita para las y los jóvenes. El Estado garantizará a las jóvenes y los jóvenes su derecho a ser informados y educados en salud sexual y salud reproductiva, para mantener una maternidad y paternidad responsable, sana y sin riesgos".
Ley 475 de Prestaciones de Servicios de salud integral, del 30 de diciembre del 2013	Amplía la cobertura de forma universal para madres gestantes, mujeres en edad fértil, menores de 5 años, adultos mayores y personas con discapacidad, que no se encuentren cubiertos por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo.
Ley 548 del Código del Niño, Niña y Adolescente, del 17 de julio de 2014, cuya vigencia es a partir del 6 de agosto	El artículo 23 menciona que el Ministerio de Salud, en coordinación con las Entidades Territoriales Autónomas, implementará acciones en base a lineamientos de la Política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural. El Ministerio de Salud fijará, cada cinco (5) años, un índice de embarazo adolescente aplicable a todo el territorio nacional, mismo que será monitoreado anualmente. Las Entidades Territoriales Autónomas que tengan un índice de embarazo en adolescentes por encima del fijado por el Ministerio de Salud deberán realizar acciones diferenciadas y podrán realizar las reasignaciones presupuestarias necesarias para la disminución de este índice. »

»Ley 548 del Código del Niño, Niña y Adolescente, del 17 de julio de 2014, cuya vigencia es a partir del 6 de agosto	El artículo 24 indica que corresponde al Estado, en todos sus niveles, proteger la maternidad garantizando el acceso a: a) la atención gratuita con calidad y buen trato a la madre, en las etapas prenatal, parto y posnatal, con tratamiento médico especializado, dotación de medicamentos, exámenes complementarios y en su caso, apoyo alimentario o suplementario; b) las madres gestantes privadas de libertad o en otra situación; 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 posparto; d) las condiciones necesarias para una gestación, alimentación y lactancia adecuadas, así como las oportunidades necesarias para la continuidad de su desarrollo personal en los niveles educativos y laborales, tanto públicos como privados; e) la promoción, acceso gratuito y consejería de pruebas voluntarias y confidenciales de VIH/SIDA a las mujeres embarazadas, con la información necesaria, garantizando su realización sin costo alguno y posconsejería; así como la atención integral multidisciplinaria, incluyendo consejería psicológica, cesárea programada y tratamiento antirretroviral para mujeres embarazadas con VIH/SIDA. El artículo 25 refiere que los hospitales y establecimientos públicos y privados de atención a la salud de las gestantes, están obligados a: a) mantener un registro de los casos atendidos por medio de fichas médicas individuales por un plazo de dieciocho (18) años, donde conste la identificación pelmatoscópica o impresión plantar de la recién nacida o nacido y la identificación dactilar de la madre, sin perjuicio de otros métodos de identificación; b) realizar exámenes de la recién nacida o del recién nacido, para diagnosticar y tratar adecuada y oportunamente las enfermedades que se puedan presentar; c) expedir gratuitamente el certificado de nacido vivo o muerto y el alta médica donde consten necesariamente las incidencias del parto y el desarrollo de la recién nacida o nacido, como requisito para el egreso del establecimiento médico; d) garantizar la permanencia del recién nacido o nacida junto a su madre, cuando esto no implique un riesgo para la salud y la vida de la o el recién nacido; e) brindar consejería eficaz a las adolescentes para promover la toma de decisiones informada; »

	f) brindar un servicio respetuoso, no revictimizador a las madres adolescentes víctimas de violencia sexual; g) permitir la presencia del padre al momento del parto. El Ministerio de Salud, en coordinación con las Entidades Territoriales Autónomas, implementará acciones con base en los lineamientos de la Política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural. En los artículos 26 y 27 se señala que es deber del Estado, en todos sus niveles y de las instituciones privadas, proporcionar las condiciones adecuadas para la lactancia materna. Es deber de la madre, padre, guardadora o guardador, tutora o tutor, cumplir con el derecho a la lactancia de la niña o niño. En los casos de atención e internación de la niña, niño o adolescente, los establecimientos de atención en salud deben proporcionar condiciones adecuadas para el acompañamiento de la madre, el padre, de ambos, de la guardadora o guardador, o de la tutora o tutor. El artículo 118 prohíbe a las autoridades del Sistema Educativo Plurinacional rechazar o expulsar a estudiantes embarazadas, cualquiera sea su estado civil, o a estudiantes por causa de su orientación sexual, su situación de discapacidad o que tengan VIH/SIDA. Deberán promoverse políticas de inclusión, protección e infraestructura para su permanencia, que permitan el bienestar integral de la o el estudiante hasta la culminación de sus estudios.
Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014 del 5 de febrero del 2014	En caso de violación, afirma el derecho de la mujer a buscar servicios de aborto, a sola denuncia a la policía o al fiscal. Al eliminar el requisito de la autorización de un juez, la sentencia mejora el acceso oportuno a servicios de aborto seguro en los casos permitidos por la ley (violación, estupro, incesto, rapto no seguido de matrimonio, riesgo para la salud y la vida de la mujer). Se demanda la inconstitucionalidad de los artículos 56, 58, 245, 250, 254, 258, 263, 264, 265, 266, 269, 315 y 317 del Código Penal (CP), por ser presuntamente contrarios a los artículos 8.I, 14.I, II y III, 15.I, II y III, 35.I, 58, 64.I y II, 66, 109.I y "157.1" (sic) de la Constitución Política del Estado (CPE).
Ley 520 de Declaración del Día nacional de la Educación sexual y reproductiva responsable, del 22 de abril de 2014	Declara el 4 de septiembre como Día nacional de la Educación sexual y reproductiva responsable La Asamblea Legislativa Plurinacional fortalece las acciones a favor de la salud sexual y la salud reproductiva.
Ley 807 de Identidad de Género, del 21 de mayo de 2016	Establece el procedimiento para el cambio de nombre propio, dato de sexo e imagen de personas transexuales y transgénero en toda documentación pública y privada vinculada a su identidad, permitiéndoles así ejercer de forma plena el derecho a la identidad de género.

Fuente: elaboración propia.

3.3. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

El insuficiente acceso a la SSR constituye un importante problema de salud pública, especialmente en los países en desarrollo. En este sentido, se realizan esfuerzos para mejorar la salud sexual y la salud reproductiva de la población en las diferentes etapas del ciclo de la vida, mediante la atención a la infancia y la niñez; la atención a la mujer durante el embarazo, parto, posparto; la atención al recién nacido; el desarrollo de acciones para la reducción de la prevalencia del cáncer de cuello uterino y de mama; el incremento de conocimientos y servicios de atención integral con énfasis en salud sexual y reproductiva para adolescentes; la atención a la infertilidad; el mejoramiento de la orientación; la oferta de información a

"El acceso a los servicios de salud depende de aspectos geográficos, culturales y económicos."

servicios de anticoncepción y de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y el SIDA, pues se considera que estos componentes son elementos centrales para el desarrollo humano (Ministerio de Salud, 2015).

"Las adolescentes y jóvenes que están en mayor riesgo de embarazo son aquellas que viven en el área rural, tienen bajo nivel educativo y están en situación de pobreza."

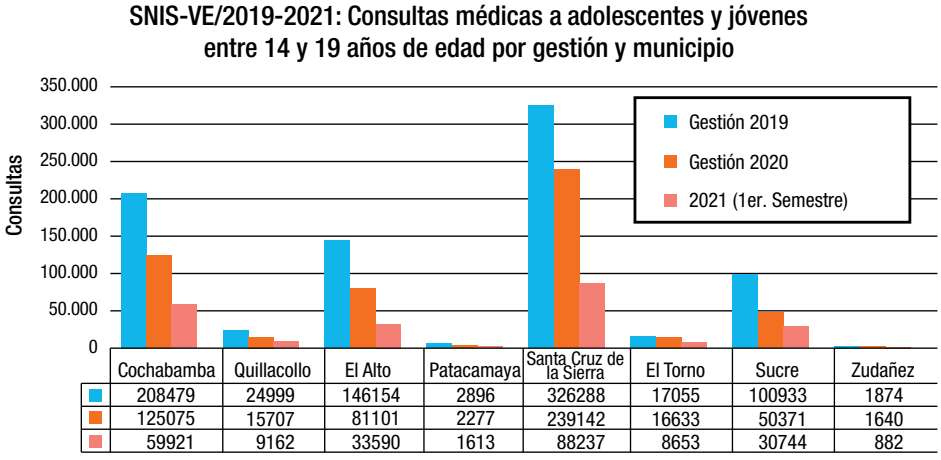
El acceso a los servicios de salud depende de aspectos geográficos, culturales y económicos. Estos influyen en la disponibilidad y efectividad de medicamentos, dificultades en el control de ITS, la relación del personal de salud con las usuarias y los usuarios, la discontinuidad en la prestación de servicios de salud, la discriminación y el estigma a los que se enfrentan las personas que acceden a los servicios de salud (OPS, 2009).

El embarazo y la maternidad adolescente en Bolivia es un problema estructural: la tasa de natalidad en adolescentes es la más alta de Latinoamérica y el Caribe. El más reciente informe de *El Estado de la población mundial,* del Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA), señala que la tasa anual de fecundidad promedio en mujeres de 15 a 19 años en Bolivia, desde el 2006 y al 2017, es de 71 por cada 1000, esto equivale a más de 38.000 niñas y adolescentes para el año 2017. El promedio regional es de 62 por cada 1000 (UNFPA, 2019).

Las adolescentes y jóvenes que están en mayor riesgo de embarazo son aquellas que viven en el área rural, tienen bajo nivel educativo y están en situación de pobreza. Al dato anterior se suma que, entre el 7 y el 17% de los embarazos en adolescentes menores de 15 años, se produce en contextos de violencia sexual y la proporción de mujeres de 15 a 19 años, agredidas física o sexualmente, alcanza el 29%. UNFPA Bolivia resalta el efecto psicosocial en las niñas o adolescentes que "son forzadas a casarse […] o a tener sexo forzado o no consensual"; esta situación perpetúa y refuerza un ciclo de desigualdad de género, dependencia e impotencia. En el país, la normativa reconoce como violencia la imposición de una relación sexual no consensuada; no obstante, se presentan elevados porcentajes de violencia sexual: 7 de cada 10 adolescentes son abusadas sexualmente y el 80% de las víctimas de violencia sexual comercial (fin de la trata y tráfico de personas) (Ministerio de Justicia, 2015, p. 29).

En el siguiente gráfico, con base en los reportes del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), se presenta la cobertura en la atención médica para adolescentes y jóvenes de las gestiones 2019 y 2020 y del primer semestre de la gestión 2021.

Figura 1
Cobertura de consultas médicas para adolescentes y jóvenes en los 8 municipios de intervención



	Cochabamba	Quillacollo	El Alto	Patacamaya	Santa Cruz de la Sierra	El Torno	Sucre	Zudañez
Gestión 2019	208479	24999	146154	2896	326288	17055	100933	1874
Gestión 2020	125075	15707	81101	2277	239142	16633	50371	1640
2021 (1er. Semestre)	59921	9162	33590	1613	88237	8653	30744	882

Fuente: SNIS-VE. / Ministerio de Salud

Figura 2
Cobertura de consultas médicas para adolescentes y jóvenes en los 8 municipios de intervención por sexo

MUNICIPIO	GESTIÓN 2019			GESTIÓN 2020			1ER. SEMESTRE 2021		
	Masculino	Femenino	TOTAL	Masculino	Femenino	TOTAL	Masculino	Femenino	TOTAL
Cochabamba	94244	114235	208479	55810	69265	125075	26614	33307	59921
Quillacollo	11269	13730	24999	5862	9845	15707	3451	5711	9162
El Alto	60859	85295	146154	31503	49598	81101	12667	20923	33590
Patacamaya	999	1897	2896	710	1567	2277	700	913	1613
Santa Cruz	138992	187296	326288	99740	139402	239142	36980	51257	88237
El Torno	6607	10448	17055	6534	10099	16633	3332	5321	8653
Sucre	44367	56566	100933	21203	29168	50371	12987	17757	30744
Zudañez	796	1078	1874	591	1049	1640	347	535	882
Total	358133	470545	828678	221953	309993	531946	97078	135724	232802

Fuente: SNIS-VE. / Ministerio de Salud

De acuerdo con los datos, es evidente que entre las gestiones 2019 y 2020 existe una caída del 40% en la atención de consultas médicas para adolescentes y jóvenes en Cochabamba; en Quillacollo es del 37%, El Alto presenta un 44%, Patacamaya registra 18%, en Santa Cruz se observa un 27%, El Torno muestra un 2%, Sucre, el 50% y Zudáñez, el 7%. Estas cifras se atribuyen a la situación de emergencia sanitaria por la Covid-19, sin embargo, aun así, se puede observar que la atención médica continuó en cada municipio con los resguardos de bioseguridad y a la vez se observa que la población comprendida entre 14 y 19 años de edad asistió a los centros de salud en busca de servicios médicos.

Es importante rescatar que la extracción de datos del SNIS hace referencia a datos generales de consulta externa a adolescentes y jóvenes, ya que en el sistema del Ministerio de Salud no figura como ítem específico la "atención integral diferenciada a adolescentes y jóvenes". Al contar únicamente con los datos generales de atención médica, se invisibiliza el alcance de servicios de atención integral diferenciada hacia la población adolescente y joven.

3.4. SERVICIOS DE SALUD AMIGABLES PARA LA POBLACIÓN ADOLESCENTE Y JOVEN

De acuerdo a información brindada por la Dra. Mariela Becerra, Responsable Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en Bolivia, y la Dra. Alexia Paredes, Responsable de Adolescencia y Juventud, la red de servicios públicos dispone actualmente de algunos servicios de salud adecuados para la atención de jóvenes, aunque son insuficientes considerando la cantidad de población joven en Bolivia, lo cual compromete la accesibilidad y la cobertura. Los servicios para adolescentes y jóvenes trabajan el enfoque de atención diferenciada y se han desarrollado mayormente en áreas urbanas, pero aún se requieren estrategias para vencer las barreras de acceso.

Los servicios diferenciados que se han desarrollado en el país muchas veces son desconocidos por las y los adolescentes y aún no son accesibles por una inadecuada promoción y por la escasa derivación desde otros servicios de

las redes de salud. Esto se relaciona con la falta de capacitación del personal de salud, cuya actitud estigmatizante hacia las personas jóvenes no genera la confianza necesaria para que manifiesten abiertamente sus verdaderos motivos de preocupación, que muchas veces se refieren a la sexualidad, el embarazo, las infecciones de transmisión sexual, la salud mental, o creencias, mitos y tabúes respecto a la sexualidad.

Los servicios de atención integral para adolescentes, su infraestructura física, estética y organizacional también suscitan el rechazo por parte de esta población. A continuación se mencionan algunas de las razones, que señalan las y los adolescentes, por las que no usan estos servicios:

- La localización de los servicios.
- Los horarios inapropiados, coincidentes con el horario de trabajo o estudio.
- Los procedimientos burocráticos, especialmente la recepción.
- Las actitudes del personal, discriminativo e irrespetuoso, no capacitado en atención diferenciada a población joven.
- La fragmentación de las medidas de tratamiento y prevención.
- El costo de la consulta y los medicamentos.
- Los servicios que no atienden consultas de orientación, solo son para atenciones curativas (Ministerio de Salud, 2010).

Actualmente, en la guía sobre Atención Integral Diferenciada dirigida a funcionarios de salud, elaborada por el Centro de Promoción de la Mujer “Gregoria Apaza”, se presentan cuatro modalidades básicas de organización amigable de los servicios de salud para la atención en adolescentes, las cuales se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 3
Modalidades y características de los servicios de atención diferenciada

Modalidades	Características
Centro de atención diferenciada a adolescentes: es un espacio físico diseñado para atender adolescentes, jóvenes y sus acompañantes, adaptados a su cultura, gustos y preferencias. Son accesibles al tiempo de las y los adolescentes. Desarrollan espacios formativos, talleres en sala de espera, orientación y actividades culturales. Servicio diferenciado para atención a adolescentes: comparte la infraestructura con otros servicios de salud, pero cuenta con espacios exclusivos para adolescentes, con un horario diferenciado y una señalización adecuada para orientarlos en su acceso.	Infraestructura Área de recepción: debe contar con condiciones mínimas de privacidad y con personal sensibilizado. Sala de espera: en este lugar se pueden llevar a cabo talleres para aprovechar el tiempo inerte, con contenidos de derechos, promoción de la salud u otros, a fin de fortalecer los criterios de servicio amigable, confiable y que respeta el secreto profesional. El espacio puede estar enriquecido por materiales de educación para la salud. Consultorios: deben brindar privacidad y confidencialidad. Es deseable contar con espacio suficiente para permitir la participación de familiares o acompañantes. Su equipamiento debe adecuarse al tipo de atención que se ofrece. Espacio para reuniones grupales con las/los adolescentes y terapias familiares Buzón de sugerencias Sanitarios cercanos Recursos humanos: integrados por equipos multidisciplinarios. Las diferentes áreas trabajan en un espacio físico común, y comparten la sala de espera, los lugares de reunión y los horarios de atención.
Consultorio diferenciado: uno o más profesionales ofrecen atención integral de salud, dentro de su programación de consultas diarias en un consultorio adaptado a tal fin. Consultorio no diferenciado: uno o más profesionales brindan sus servicios a adolescentes en los mismos días y horarios que otros grupos poblacionales.	Infraestructura: debe reunir condiciones que permitan privacidad y confidencialidad en la consulta, y su equipamiento debe adecuarse al tipo de atención brindada. Recursos humanos: el profesional a cargo debe contar con conocimientos básicos sobre el crecimiento y desarrollo biopsicosocial del adolescente; tener la capacidad para la resolución de los motivos de consulta más frecuentes, y conocer la legislación vigente para la atención de esta población.

Fuente: *Atención integral diferenciada al adolescente. Guía para funcionarios de Salud.* Centro de Promoción de la Mujer "Gregoria Apaza".

Las cuatro modalidades pueden ser entendidas como una forma progresiva de organizar la prestación de servicios: se incorporan acciones gradualmente, según las necesidades de la población joven y los recursos disponibles de la institución o región. Es importante mencionar que existe atención en servicios diferenciados para adolescentes, implementados por ONG con el apoyo de la cooperación internacional, a través de proyectos específicos. Se brinda atención médica especializada y, a la vez, servicios educativos para adolescentes y jóvenes, desarrollando nuevos modelos de gestión con la participación de líderes y lideresas juveniles.

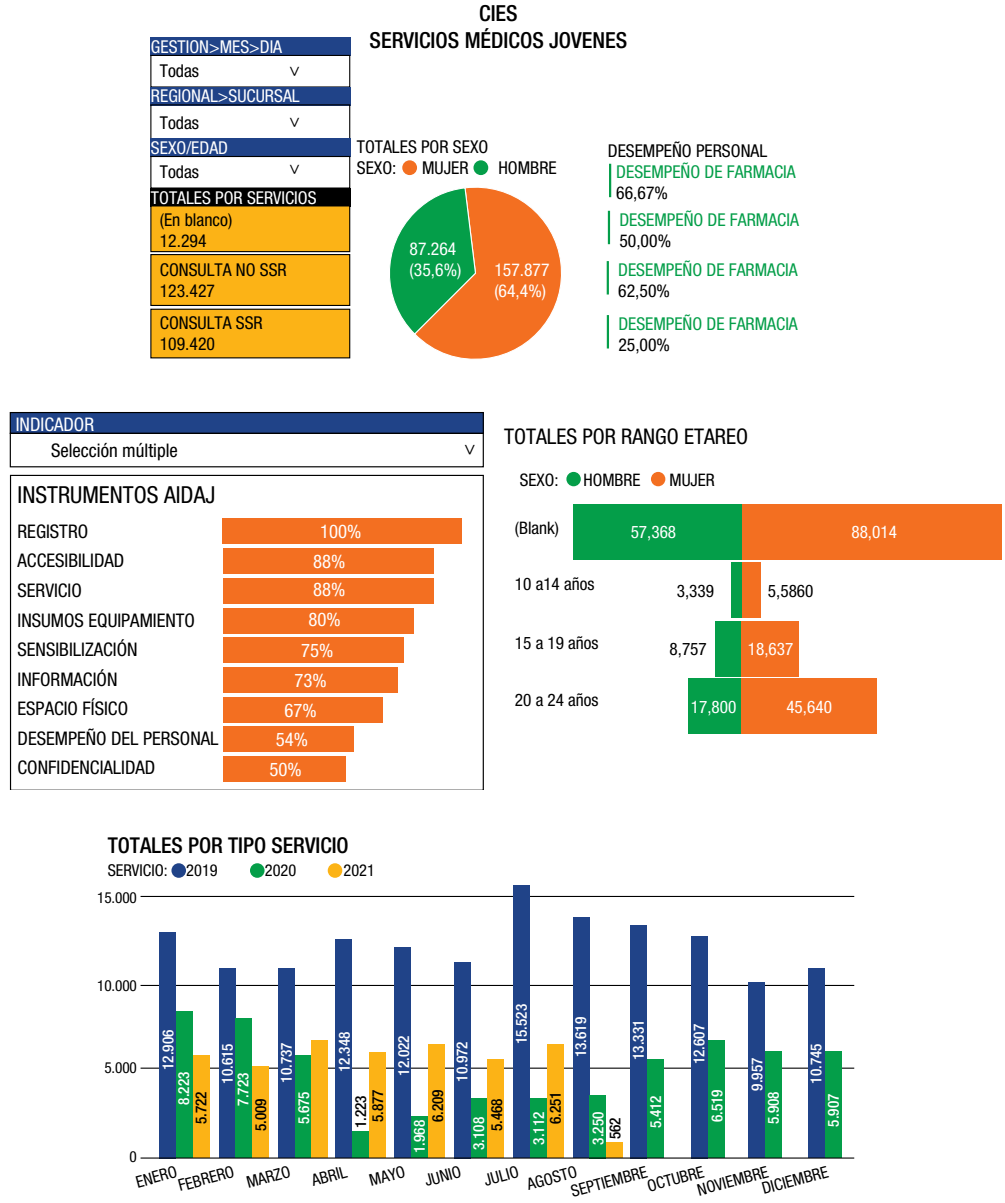
Como ejemplos de lo mencionado tenemos a dos organizaciones privadas con un marcado liderazgo en salud sexual y reproductiva. Una de ellas es el Centro de Investigación, Educación y Servicios (CIES). El Dr. Fernando Álvarez, gerente de CIES Regional La Paz, afirma que "pese al énfasis que se pone en la promoción de servicios a adolescentes, aún se requieren estrategias para vencer las barreras de acceso que anteponen las/los prestadoras/es de salud y que reducen la calidad de atención". Se pretende, entonces, aportar al fortalecimiento continuo de los centros de salud públicos en atención integral y diferenciada, como respuesta a las políticas estatales emitidas por el Ministerio de Salud, a fin de asegurar la calidad de los siguientes indicadores:

- La accesibilidad, es decir, consultas a bajo precio.
- La orientación y la información, pues toda o todo adolescente y joven que asiste a nuestras clínicas es informado y orientado de manera gratuita, con profesionales calificados.
- Confidencialidad, que promueve el cuidado de su identidad y el respeto al cumplimiento de sus decisiones autónomas.
- Personal altamente calificado y sensibilizado, capaz de entender y resolver las necesidades de las y los adolescentes y jóvenes; capaz de promover el respeto a los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las y los usuarios.

A continuación, se puede observar la cobertura de servicios en salud dirigidos a adolescentes y jóvenes, realizada por CIES desde la gestión 2019 hasta junio del 2021.

Figura 3

Cobertura de servicios en salud dirigidos a adolescentes y jóvenes (gestión 2019-2020 y 1er semestre 2021)



Fuente: CIES. Salud Sexual Salud Reproductiva

El gráfico nos muestra que, desde el 2019 hasta junio del 2021, CIES llegó a 109.420 consultas de SSR en adolescentes y jóvenes a nivel nacional, lo que representa un 45% del total de sus servicios enfocados a la atención integral diferenciada para este grupo poblacional.

Marie Stopes International es otra organización que brinda servicios de calidad y calidez, integrales y diferenciados, para adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años de edad. Es una entidad especialista en salud sexual y reproductiva, que ofrece servicios personalizados y libres de discriminación. Al respecto, el gerente médico, Dr. Mario Aramayo, manifiesta lo siguiente:

> …la organización, desde la gestión 2015, brinda atención oportuna y gratuita en métodos anticonceptivos, ayudando a reducir el embarazo no planificado en adolescentes, y dando cumplimento al objetivo institucional de asegurar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva a través de redes de centros especializados; es una organización alineada a la norma internacional de la OMS y respetuosa de la normativa nacional del Ministerio de Salud.

Aramayo también señala que “la salud sexual y la salud reproductiva, y la planificación familiar deberían ir de la mano, y es necesario comenzar con estrategias educativas para hablar con adolescentes y jóvenes, fomentando una buena comunicación familiar, escolar y profesional en temas de sexualidad en general”.

3.5 REDES DE SERVICIOS CON ENFOQUE DE ATENCIÓN INTEGRAL DIFERENCIADA A ADOLESCENTES Y JÓVENES

A pesar de las dificultades referidas, en la actualidad existe una red de servicios que trabajan con enfoque de atención diferenciada a nivel nacional.

De acuerdo a los datos brindados por el Ministerio de Salud, hasta el mes de junio de la gestión 2021, se cuenta con 21 centros acreditados y 261 centros

en proceso de acreditación. En el siguiente cuadro se puede observar el detalle de los centros con servicios amigables y diferenciados para adolescentes y jóvenes.

Tabla 4
Centros que brindan atención integral diferenciada a adolescentes y jóvenes en Bolivia

DESCRIPCIÓN	MUNICIPIO	TOTAL
CENTROS DE SALUD ACREDITADOS	Beni	10
	Oruro	3
	Cobija	8
	TOTAL	21
CENTROS DE SALUD EN PROCESO DE ACREDITACIÓN	Beni	69
	Cochabamba (Cercado)	6
	Chuquisaca	22
	La Paz (El Alto)	36
	Oruro	128
	TOTAL	261

Fuente: Ministerio de Salud (Responsable de Adolescencia y Juventud)

Los 21 centros de salud actualmente acreditados se detallan a continuación:

Tabla 5
Centros de salud acreditados en atención integral diferenciada a adolescentes y jóvenes

Departamento	Red	Municipio	Tipo	Establecimiento	Nivel	Subsector
Beni	07 Riberalta	Riberalta	Cs ambulatorio	El cerrito	1er nivel	Público
Beni	07 Riberalta	Riberalta	Puesto de salud	Candelaria	1er nivel	Público
Beni	07 Riberalta	Riberalta	Cs ambulatorio	Chacobos	1er nivel	Público
Beni	07 Riberalta	Riberalta	Cs ambulatorio	La esperanza	1er nivel	Público
Beni	07 Riberalta	Riberalta	Cs ambulatorio	San andrés	1er nivel	Público
Beni	07 Riberalta	Riberalta	Cs ambulatorio	Cristo rey	1er nivel	Público
Beni	07 Riberalta	Riberalta	Puesto de salud	San juan	1er nivel	Público

Beni	07 Riberalta	Riberalta	Cs ambulatorio	Santa maría	1er nivel	Público
Beni	07 Riberalta	Riberalta	Cs ambulatorio	Tumichucua	1er nivel	Público
Oruro	Red cuenca poopó (3)	Belén de andamarca	Cs con internación	Belén de andamarca	1er nivel	Público
Oruro	Red urbana (1)	Oruro	Cs ambulatorio	Asistencia pública	1er nivel	Público
Oruro	Red urbana (1)	Oruro	Cs ambulatorio	Rafael pabón	1er nivel	Público
Pando	I cobija	Bolpebra	Cs con internación	Nareuda	1er nivel	Público
Pando	I cobija	Cobija	Puesto de salud	Alto bahía	1er nivel	Público
Pando	I cobija	Cobija	Cs ambulatorio	27 De mayo	1er nivel	Público
Pando	I cobija	Cobija	Cs ambulatorio	Santa clara	1er nivel	Público
Pando	I cobija	Cobija	Hospital segundo nivel	Hospital integral de especialidades en salud (hospital obrero n.° 9)	2do nivel	Seguridad social (cajas)
Pando	I cobija	Cobija	Hospital segundo nivel	Hospital boliviano japonés “dr. Roberto galindo terán”	2do nivel	Público
Pando	I cobija	Cobija	Cs ambulatorio	Cobija	1er nivel	Público
Pando	I cobija	Cobija	Centro de salud	Cs clínica burgos	1er nivel	Organismos privados
Pando	I cobija	Cobija	Cs ambulatorio	Villa busch	1er nivel	Público

Fuente: Ministerio de Salud (Responsable de Adolescencia y Juventud)

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) realiza el procedimiento de certificación. A la cabeza del responsable del componente de Adolescencia, el SEDES organiza un equipo o delega a una persona para realizar la evaluación externa y dar respuesta a las solicitudes de certificación de los establecimientos de salud públicos o privados.

Los resultados de la evaluación para la obtención de la certificación como “Centro de atención integral diferenciada al adolescente” dependen del cumplimiento de ciertos criterios, aplicados a través de un instrumento de autoevaluación o evaluación externa que incluye nueve indicadores:

1. Accesibilidad
2. Servicios
3. Información
4. Confidencialidad
5. Redes y alianzas locales
6. Sensibilización y capacitación
7. Desempeño
8. Disponibilidad de insumos, medicamentos y equipamiento
9. Retroalimentación de las y los adolescentes sobre los servicios recibidos

Es importante mencionar que, según la información proporcionada por la responsable de Adolescencia y Juventud del Ministerio de Salud, Dra. Paredes, durante la gestión 2020, año en que se inició la emergencia sanitaria por Covid-19 en Bolivia, los centros de salud de atención integral diferenciada al adolescente y joven continuaron con la atención de servicios médicos para adolescentes y jóvenes de manera virtual, a fin de resguardar la seguridad de la población juvenil. Así se cumplieron las instrucciones superiores frente a la emergencia y se priorizó la atención presencial

para casos de Covid-19. También se reformuló el presupuesto asignado a los centros AIDAJ, tanto para su funcionamiento como para los recursos humanos.

Cabe señalar que la inclusión de estrategias virtuales de atención médica para adolescentes tuvo obstáculos debido al acceso a internet, condicionado por contexto geográfico, y presentó dificultades en el seguimiento de la calidad de los servicios realizados. Estas son algunas razones por las que la cobertura a nivel nacional bajó, según los datos obtenidos del SNIS.

3.6 LA PANDEMIA POR COVID-19 Y LA SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA

El 9 de enero de 2020, el nuevo coronavirus fue identificado. Un mes después, el 11 de febrero, la OMS declara el brote de Covid-19 como una "emergencia de salud pública de importancia internacional".

La declaratoria de emergencia internacional contenía recomendaciones que se pueden sintetizar en los siguientes puntos:

- Implementar medidas restrictivas en los viajes y el comercio, solo si son necesarias y están basadas en la evidencia.
- Apoyar a los países que tienen los sistemas sanitarios más débiles.
- Acelerar el desarrollo de una vacuna.
- Combatir los rumores y compartir información fidedigna.
- Revisar los planes de preparación e identificar sus debilidades.
- Compartir abiertamente datos y experiencias.
- Trabajar mano a mano con la comunidad internacional.

A partir de esta declaratoria, el Ministerio de Salud de Bolivia desarrolla en la Unidad de Epidemiología el *Plan de preparación y respuesta para la prevención y control del coronavirus en Bolivia.* Uno de los objetivos de este plan fue fortalecer las capacidades de las redes de salud para el diagnóstico oportuno y la atención integral y adecuada de personas infectadas por el coronavirus, conforme a las normas y los protocolos establecidos en el país. Es así que los SEDES reciben la tarea de identificar establecimientos de salud que atenderían a los pacientes infectados por el coronavirus; además, se les atribuye la potestad de realizar la reconversión de servicios. De esta forma, muchos centros de salud y hospitales fueron convertidos en "Centros Covid-19", en los que se realizaría el diagnóstico y el tratamiento a la población infectada. Estos centros recibieron recursos económicos, dotación de equipamiento y personal.

"Las medidas desarrolladas en el plan provocaron que muchos de los centros dejaran sus antiguas labores y se enfocaron en la atención de Covid-19, dejando de lado cualquier otro tipo de consultas, entre ellas la atención en salud sexual y reproductiva a adolescentes y jóvenes"

Las medidas desarrolladas en el plan provocaron que muchos de los centros dejaran sus antiguas labores y se enfocaron en la atención de la Covid-19, dejando de lado cualquier otro tipo de consultas, entre ellas la atención en salud sexual y reproductiva a adolescentes y jóvenes, quienes sintieron con mayor fuerza las medidas asumidas, debido a que no podían contar con esos servicios. Paralelamente se implementó el programa de Telesalud, como una forma de brindar la atención en otras patologías: las y los profesionales en salud tuvieron que hacer uso de la tecnología para atender consultas y hacer el seguimiento de forma remota (por WhatsApp, Zoom y Meet), además de ofrecer la atención telefónica, así lo afirma la Dra. Paredes, responsable de Adolescencia y Juventud, del Ministerio de Salud.

Las y los adolescentes y jóvenes se vieron afectados no solo por las restricciones de la cuarentena, sino también en el posconfinamiento, pues los centros de salud amigables para adolescentes se convirtieron en centros

Covid-19. Además, no tenían acceso a Métodos Anticonceptivos - MAC gratuitos por falta de insumos, ni podían recibir orientación e información por falta de personal médico.

Según información de la responsable de Adolescencia y Juventud del Ministerio de Salud, en febrero del 2021 se reinicia la atención a adolescentes y jóvenes. Actualmente, los SEDES están reorganizando sus actividades para proseguir con la atención en salud sexual y reproductiva a adolescentes y jóvenes.

En la gestión 2021, la Fundación Alianza por la Solidaridad ha realizado un estudio llamado *Derechos sexuales y derechos reproductivos en la congeladora: efectos de la pandemia por COVID-19 en el bienestar de adolescentes y jóvenes de 8 municipios de Bolivia.* Se trata de una investigación que tiene por objetivo conocer y profundizar las vivencias de adolescentes y jóvenes de ocho municipios de Bolivia (El Alto, Patacamaya, Cochabamba, Quillacollo, Santa Cruz, El Torno, Sucre y Zudáñez) durante la etapa de confinamiento y restricciones, en el marco de la pandemia. Los hallazgos más relevantes fueron los siguientes:

i) La fuerte necesidad que las y los adolescentes y jóvenes tienen de ser tomadas/os en cuenta, puesto que su voz, sus necesidades, sus preocupaciones y sus estados emocionales, entre otros aspectos, quedaron invisibilizados y fueron dejados de lado.

ii) La reprogramación y reconducción de presupuestos a programas y proyectos dirigidos a adolescentes y jóvenes, para la apertura de espacios que permitan su esparcimiento, socialización y asociatividad para la incidencia sobre sus propios derechos y para fortalecer en ellas/os la reconstitución de su bienestar físico y emocional.

iii) Considerando que las/los adolescentes y jóvenes son diestros en el uso de tecnologías, se considera fundamental hacer uso de esta potencialidad a través de la creación de recursos comunicacionales y digitales, que les ofrezcan información de forma lúdica y atractiva.

iv) Finalmente, el estudio abordó las vivencias de una mayoría de jóvenes heterosexuales; solo tres de las personas consultadas pertenecen a la población GLBTIQ+. Aunque sus testimonios resultan

valiosos, se considera que aún hace falta profundizar en las problemáticas particulares, por lo que se recomienda la realización de un estudio similar enfocado en diversidades sexuales (Fundación Alianza por la Solidaridad, 2021, pp.77 y 78).

Las conclusiones permiten conocer e identificar las barreras que actualmente existen en una coyuntura desde el punto de vista de adolescentes y jóvenes. Además, proporcionan una aproximación a la realidad de AJ con respecto al acceso a centros de salud y servicios de salud sexual y salud reproductiva. Tales hallazgos constituyen una base para el presente estudio.

3.7 BARRERAS DE ACCESO EN LA ATENCIÓN A ADOLESCENTES Y JÓVENES

En Bolivia, en el marco del proyecto de "*Fortalecimiento e institucionalización del modelo transectorial de atención a adolescentes",* se realizó un estudio para identificar las barreras del acceso a los servicios de salud. Los costos adicionales al servicio aparecieron como una de las limitantes más relevantes para el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud. Más de la mitad de adolescentes entrevistados/as (58.2%) indicó que no recibió los medicamentos recetados y tuvo que comprarlos en la farmacia, lo que les generó problemas económicos, que al mismo tiempo influyeron en sus decisiones futuras respecto a la búsqueda de servicios de salud (UNFPA, 2010, pp. 12-15).

La participación de las y los adolescentes y jóvenes en la determinación de sus necesidades está amparada también por el Código del Niño, niña y adolescente (CNNA) y la Ley 548, pues prevén programas de promoción de salud, en los que adolescentes y jóvenes adquieren conocimientos y se hacen más perceptivos de los problemas de salud, de tal modo que están en mejores condiciones de transmitir información a sus pares. Los niveles de participación de las y los jóvenes y la comunidad no se dan cuando solo son informados por grupos externos que fijan los objetivos y metas para los programas juveniles, pues la participación debe ser conjunta y de doble vía, debe priorizar las demandas reales de adolescentes y jóvenes, y extenderse a la toma de decisiones y la rendición de cuenta de acciones dirigidas.

Es importante mencionar que, según el informe *El difícil adiós al tabú: Sistematización de estudios sobre el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de adolescentes y jóvenes de Bolivia (2010 a 2019)*, la Fundación Alianza ha identificado y sistematizado 28 estudios realizados en Bolivia entre el 2010 y el 2019, poniendo en evidencia los diversos obstáculos y las principales barreras socioculturales para el ejercicio efectivo de los DSyDR de las y los adolescentes. Este informe se convierte en el punto de partida para conocer el contexto actual de la salud sexual y la salud reproductiva de adolescentes y jóvenes, con respecto a las barreras para acceder a servicios públicos de AIDAJ y SSySR, que limitan el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de adolescentes en ocho municipios de Bolivia.

Existen diversas clasificaciones y métodos utilizados para identificar las barreras de acceso a los servicios de salud. La presente investigación toma en cuenta las siguientes:

Barreras primarias. Barreras personales de las y los AJ, que pueden afectar su acceso a servicios de salud. Estas se relacionan con sus creencias; sus experiencias individuales, familiares y de grupo; su imaginarios sociales, y su autocuidado. Actúan como mediadores para la acción.

- *Conocimiento.* La suma de los hechos y principios que se adquieren a lo largo de la vida, como resultado de la experiencia y aprendizaje de la persona.

- *Actitudes.* Creencias y valores, relativamente estables a lo largo del tiempo, en la disposición o tendencia a actuar de determinada manera o acometer algún tipo de acción.

- *Prácticas.* Una práctica social es un modo recurrente de realizar cierta actividad, compartido por los integrantes de una comunidad. Dichas prácticas son válidas para una sociedad específica, pero pueden resultar inapropiadas para otras.

- *Factores socioculturales.* Los aspectos socioculturales siempre se vinculan con las tradiciones y el estilo de vida de una sociedad, que están relacionados con sus costumbres, su cultura y las creencias de su comunidad.

- *Educación.* Es el proceso de socialización de los individuos. Al educarse, una persona asimila y aprende conocimientos. La educación también implica una concienciación cultural y conductual, mediante la cual las nuevas generaciones adquieren los modos de ser de las generaciones anteriores.

- *Familia.* La familia es el conjunto de personas unidas por vínculos de matrimonio, parentesco o adopción. Es considerada una comunidad natural y universal con base afectiva, que influye en la formación del individuo y tiene interés social.

Barreras secundarias. Obstáculos de la demanda y uso de servicios de salud; involucran impedimentos estructurales de la organización de los servicios de salud.

- *Acceso a servicios de salud.* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población, y evitar la discriminación. Deben existir las condiciones necesarias para el acceso físico, debe ser accesible económicamente y se debe proporcionar la información indispensable para que la persona comprenda y logre una atención efectiva.

- *Legislación y normativa nacional.* Normas o reglas que garantizan el derecho a la salud.

IV. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO *G*ENERAL

Desarrollar un estudio que recoja y analice las barreras para acceder a servicios públicos de atención integral diferenciada para adolescentes y jóvenes (AIDAJ) y de salud sexual y salud reproductiva (SSySR), que limitan el ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos de adolescentes y jóvenes.

4. 2. OBJETIVOS *E*SPECÍFICOS

- Identificar las necesidades y demandas de adolescentes y jóvenes de la población meta, relevantes para el diseño de los protocolos de atención de los servicios del referido modelo.

- Identificar las barreras de acceso y las limitaciones a la integralidad de los servicios que existen a nivel institucional, así como en los entornos social y educativo.

- Identificar posibles estrategias que permitan abordar las necesidades, retos y barreras identificados en la implementación de los servicios de AIDAJ.

V. METODOLOGÍA

El presente estudio buscó, con un carácter exploratorio, describir percepciones, inquietudes y necesidades de adolescentes y jóvenes de áreas rurales y urbanas respecto al acceso a centros de salud públicos y privados, y determinar en qué medida los servicios del programa de salud logran responder, solucionar, informar, proteger o contener estas percepciones.

Como parte de la metodología se aplicaron instrumentos cuantitativos y cualitativos para el levantamiento de información: (i) encuesta, (ii) entrevistas y (iii) entrevistas colectivas o grupos focales.

Se diseñaron guías de preguntas y encuestas para cada población alcanzada, con preguntas específicas sobre la temática y con un lenguaje amigable y comprensible. Estas fueron validadas y aprobadas respectivamente.

5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Para fines del estudio se utilizó el diseño de investigación no experimental, transversal, en el que “no se manipulan deliberadamente las variables y solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos, se recolectan datos en un periodo determinado y su propósito es describir variables y su incidencia de interrelación en un momento dado” (Hernández, Fernández y Baptista, 2013).

5.2. TIPO DE MUESTRA

El criterio de elección de la muestra responde a un carácter no probabilístico por conveniencia de sujetos voluntarios. En este sentido, se encuestó a 1380 adolescentes y jóvenes, entre hombres y mujeres; 693 madres y padres, y 66 médicos, parte del personal de los centros de salud de los ocho municipios de intervención.

Asimismo, se realizaron 16 entrevistas a profundidad, aplicadas al personal médico de centros de salud públicos y privados, como CIES y Marie Stopes, que ofrecen servicios de atención integral diferenciada al adolescente y joven a nivel nacional; a profesoras y profesores de establecimientos educativos; a madres y padres de familia, y al equipo operativo de CIES. Asimismo, se realizaron entrevistas con actores claves a nivel departamental, como autoridades del SEDES, y a nivel nacional, las autoridades del Ministerio de Salud.

Finalmente, se realizaron cuatro grupos focales en cada ciudad, dirigidos a adolescentes y jóvenes, al colectivo GLBTI, a madres y padres de familia, y al personal de salud. La duración de cada sesión fue de aproximadamente 80 minutos.

5.3. LUGAR DEL ESTUDIO

- Departamento de La Paz, en los municipios de El Alto y Patacamaya.
- Departamento de Cochabamba, en los municipios de Quillacollo y Cercado.
- Departamento de Santa Cruz, en los municipios de Santa Cruz y El Torno
- Departamento de Chuquisaca, en los municipios de Sucre y Zudáñez

5.4. PROCESO DE CONVOCATORIA

En cada uno de los municipios de intervención, se coordinó con el personal operativo de CIES, que junto con el equipo consultor se encargó de convocar a adolescentes y jóvenes, madres y padres de familia, personal de salud, autoridades locales, maestras y maestros, para que participen en el desarrollo de las encuestas, entrevistas y grupos focales.

Asimismo, a nivel nacional, se coordinó con el Ministerio de Salud y se dio a conocer los objetivos de la investigación a las responsables de los diferentes programas (de SSR y de Adolescencia y Juventud), quienes nos facilitaron la información necesaria.

Finalmente se programó una entrevista con el socio implementador del proyecto en los 8 municipios, CIES, y se establecieron entrevistas con el personal médico de Marie Stopes, organización que también brinda servicios amigables a adolescentes y jóvenes.

5.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser adolescentes y jóvenes, varones y mujeres, entre 14 y 28 años de edad.
- Ser personal que trabaja en el área de salud en centros departamentales de salud.
- Ser madre o padre con hijos e hijas, niños o niñas, adolescentes y/o jóvenes.
- Ser maestra o maestro de uno de los ocho municipios de intervención

5.6 CRITERIOS DE *E*XCLUSIÓN

- Ser menor de 13 años o mayor de 28 años de edad.

5.7. INSTRUMENTOS

Los instrumentos detallados a continuación permitieron obtener información codificada, confidencial y organizada:

- Encuestas para adolescentes y jóvenes; madres y padres de familia, y personal de salud.
- Guía de entrevistas a personal médico o de orientación en centros de salud en los municipios de estudio; a profesores o directores de unidades educativas; a madres y padres de familia, y a informantes clave en el nivel central.
- Guía de entrevistas para grupos focales con adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres; con personas del colectivo LGBTIQ+, y con personal médico especialista en AJ.

Todos los instrumentos fueron validados y aprobados por el personal operativo de CIES, a nivel nacional y regional, y la Fundación Alianza por la Solidaridad.

5.8. PROCEDIMIENTO DE *C*ONSENTIMIENTO *I*NFORMADO

El consentimiento informado fue incluido dentro de la encuesta. Representó un filtro importante para continuar con la encuesta, tanto en su aplicación presencial como electrónica.

Cabe mencionar que los datos de identificación como el nombre o dirección no fueron solicitados ni incluidos en la encuesta, debido a su carácter de anónimo y confidencial. Sin embargo, para fines de monitoreo, se solicitó el número de celular de forma opcional, que se convirtió en un dato de control y quedó bajo resguardo del equipo consultor solo para fines del presente estudio.

El consentimiento informado para las entrevistas y grupos focales tuvo las mismas características mencionadas para la aplicación de encuestas.

5.9. PROCESO DE INTERPRETACIÓN PARA RESULTADOS CUANTITATIVOS

Para el análisis estadístico de los datos cuantitativos, se procedió al vaciado de los datos de las encuestas de Google Forms al programa de base de datos Microsoft Access. Este es un sistema de gestión de datos que utiliza las bases de datos, y que permitió realizar análisis y gráficos estadísticos de manera organizada. En la base de datos, se realizó la depuración de las encuestas de acuerdo a los criterios de exclusión mencionados anteriormente.

5.10. PROCESO DE INTERPRETACIÓN PARA RESULTADOS CUALITATIVOS

Para el análisis de datos cualitativos, se utilizó el enfoque procedimental, el cual contempla un proceso de análisis con un esquema definido que consta de "determinadas tareas u operaciones que constituyen el proceso analítico básico" (Rodríguez, Gil y García, 2001). Estas tareas son la reducción de datos; la disposición y transformación de datos, la y obtención de resultados y conclusiones.

a) Reducción de datos. Esta fase corresponde al análisis cualitativo de los datos, en el que se descarta o selecciona el material informativo recogido.

b) Disposición y transformación de los datos. Esta fase contempla el diseño de tablas que sinteticen los fragmentos codificados para presentar los datos y advertir relaciones profundas.

c) Obtención de las conclusiones. Esta fase implica enlazar los elementos diferenciados en el proceso analítico, para reconstruir un todo estructurado y significativo, y presentar las conclusiones de la investigación a partir de la interpretación de los resultados como productos de la investigación.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

6.1. DATOS CUANTITATIVOS Y CUALITATIVOS

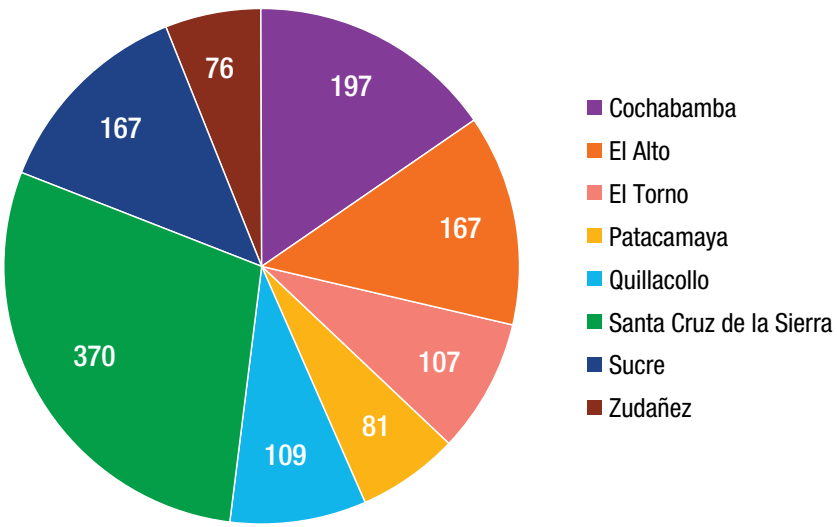
El análisis e interpretación de resultados se efectuó de forma integral, combinando la información cuantitativa y la cualitativa (las experiencias de los principales actores).

6.1.1. El corazón del proyecto, las y los adolescentes y jóvenes

La población adolescente y joven, por la etapa del ciclo vital en la que se encuentra, tiene características y necesidades específicas en salud sexual y salud reproductiva, que requieren ser atendidas en los centros de salud por el personal a cargo, que idealmente debe estar previamente capacitado y sensibilizado en estas necesidades. La población alcanzada en este estudio comprende adolescentes y jóvenes desde los 14 hasta los 28 años de edad.

El total de adolescentes y jóvenes alcanzados es de 1274. La distribución por municipios se presenta a continuación:

Figura 4. Distribución de adolescentes y jóvenes, por municipio

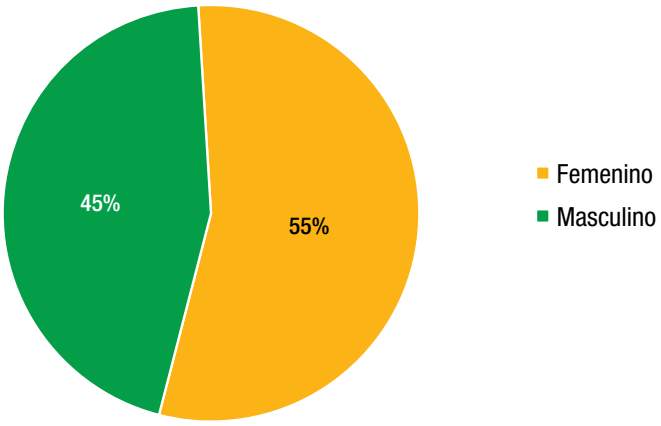


Fuente: elaboración propia.

P1. Sexo del entrevistado/a

En cuanto al sexo de los entrevistados y las entrevistadas, podemos apreciar que, de las y los adolescentes y jóvenes que participaron del estudio, un 45% pertenecen al sexo masculino y 55% al femenino. Así se puede observar en el siguiente cuadro.

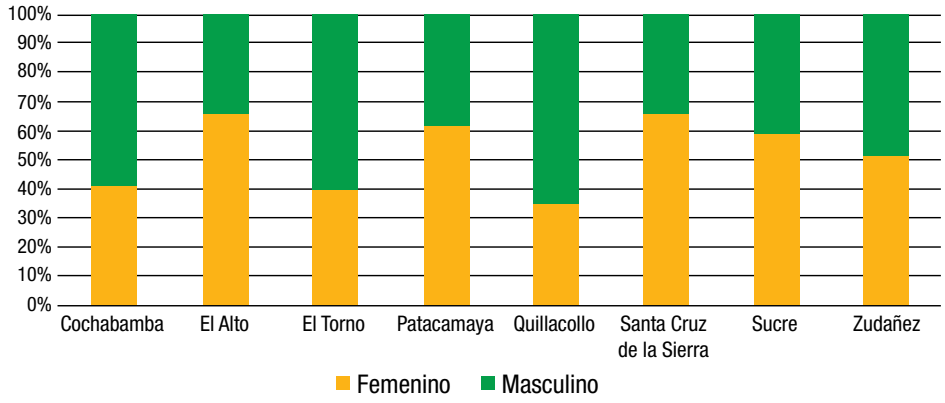
Figura 5
Sexo del extrevistado/a



Fuente: elaboración propia.

La distribución por sexo de acuerdo a los municipios es la siguiente: en Cochabamba, 40% mujeres y 60% hombres; en El Alto, 65% son mujeres y 35% son hombres; en El Torno, 40% mujeres y 60% hombres; en Patacamaya, 60% son mujeres y 40% son hombres; en Quillacollo, 35% son mujeres y 75% son hombres; en Santa Cruz, hay 65% de mujeres y 35% de hombres; Sucre tiene 60% de mujeres y 40% de hombres, y en Zudáñez, 50% son mujeres y 50% son hombres.

Figura 6
Sexo del entrevistado/a, por municipio



Fuente: elaboración propia.

P2. Orientación sexual

Respecto a la orientación sexual, podemos ver que el 73% de las y los adolescentes y jóvenes participantes se define como heterosexual, 8% se define como bisexual, 6% como gay, 1% como lesbiana y 0% de las y los encuestadas/os se define como transexual. Además, existe un 9% de AJ que no entiende a qué se refiere la pregunta, lo cual pone en evidencia que aún no poseen información sobre el tema. Durante el estudio, se pudo notar que no existe atención con enfoque de género ni diferenciada hacia la población LGBT; se advierte que aún hay poca sensibilización respecto a este tema, tanto en la población de AJ como en el personal de salud, por lo que la población LGBT continúa imperceptible. El Dr. Flores, director del Centro San Francisco, señala al respecto que "el Protocolo AIDAJ está elaborado para mujeres, no hay un enfoque de género, los GLBT también están invisibles".

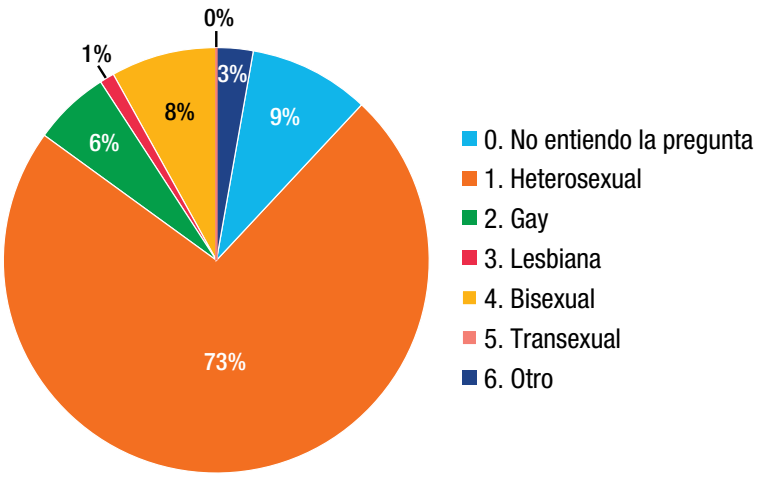
Con relación a este asunto, los y las jóvenes de la población LGBT comentan lo siguiente: "Si hubiera un centro amigable de población LGBTI, iría porque en otros centros hay discriminación. Estos centros serían clave para acabar con la homofobia".

Frente a esta demanda de la población LGBTI, la Dra. Becerra, responsable de Salud Sexual y Reproductiva a nivel nacional, responde:

> ... Se está incorporando la atención integral a la población LGTBI, hay un marco normativo que se va presentar al comité; se está haciendo la sensibilización al personal para introducir estos temas; queremos incluir, en la historia clínica, la orientación sexual.

La incorporación del enfoque de género en los planes y programas de salud es indispensable para tomar en cuentas las necesidades y particularidades en la atención de la población: las inquietudes de un joven heterosexual sobre SSySR no serán las mismas que las de un joven *gay*, y el abordaje que se les debe brindar será distinto en cada caso.

Figura 7
Orientación sexual del y de la informante



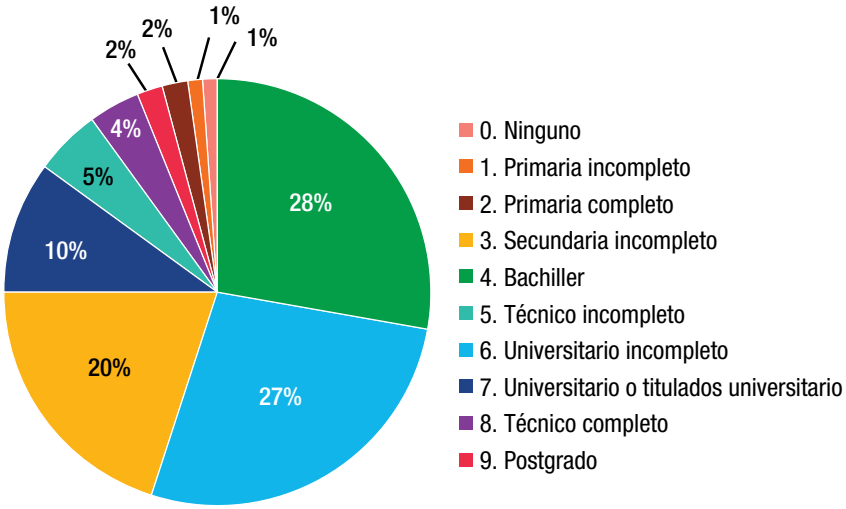
Fuente: elaboración propia.

P4. Nivel educativo

En relación al nivel educativo, las y los adolescentes y jóvenes que participaron son bachilleres en un 28%, el 27% aún cursa estudios en la universidad, 20% está actualmente en secundaria, 10% ha egresado de la universidad, 5% cursa una carrera técnica, el 4% ha finalizado sus estudios en nivel técnico, 2% está

realizando un postgrado, otro 2% ha finalizado la primaria y el 1% está cursando la primaria. Un 1% indica que no pertenece a ningún nivel educativo.

Figura 8
Nivel educativo de las y los participantes

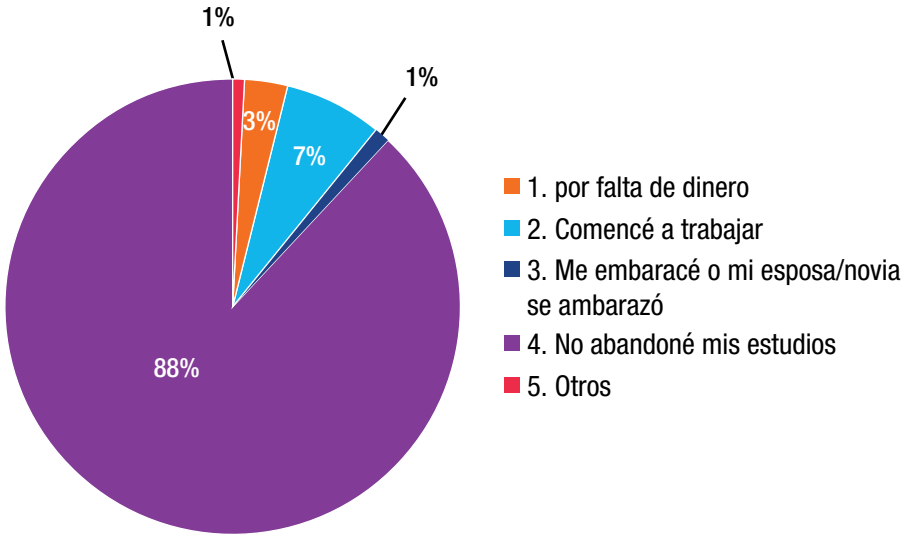


Fuente: elaboración propia.

P.5 ¿Por qué razón abandonaste tus estudios?

En la pregunta referida al motivo del abandono de estudios, el 88% de las y los adolescentes y jóvenes respondió que sigue estudiando, el 7% señala que abandonó sus estudios para trabajar, un 3% afirma que dejó de estudiar por falta de dinero, 1% abandonó sus estudios por embarazo y otro 1% alude a otras razones.

Figura 9
Razones del abandono de estudios



Fuente: elaboración propia.

P6. Ocupación

La ocupación de las y los participantes es prioritariamente la de estudiante, que alcanza un 80%. El 14% trabaja como empleado dependiente, 6% se dedica a labores domésticas, 2% trabaja como obrera/o, el 1.7% elabora comida para vender, 1.5% es artesana/o, y menos del 1% trabaja como transportista, empleada doméstica o en labores de producción agropecuaria.

Tabla 6
Ocupación de las y los participantes, por municipio

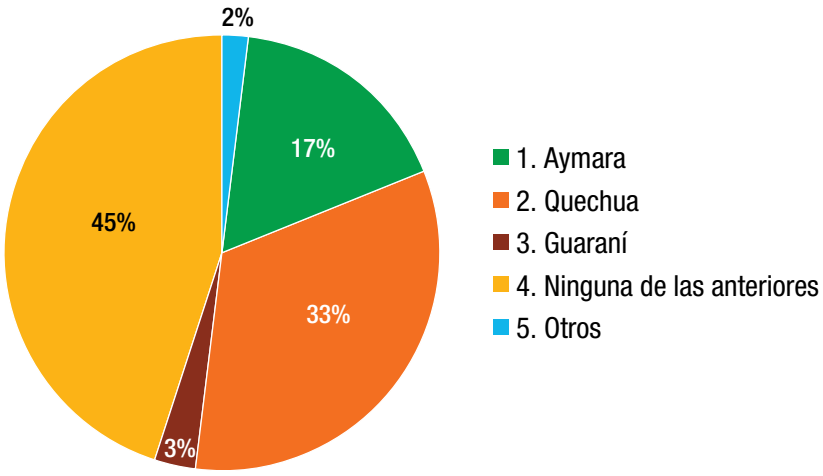
Municipio	Estudiante	Producción agropecuaria	Labores domésticas	Artesana/o	Obrero/a	Transportista	Hace comida p/ vender	Empleado/a	Empleado/a doméstica	Otros
Cochabamba	76.1%	0.5%	6.6%	2.5%	4.1%	0.0%	1.5%	21.3%	0.5%	5.1%
El Alto	87.4%	0.0%	6.6%	2.4%	3.6%	0.0%	1.8%	9.0%	0.6%	2.4%
El Torno	65.4%	0.0%	2.8%	0.9%	2.8%	4.7%	1.9%	25.2%	1.9%	1.9%
Patacamaya	88.9%	1.2%	4.9%	1.2%	1.2%	0.0%	0.0%	4.9%	0.0%	0.0%
Quillacollo	58.7%	1.8%	0.9%	2.8%	4.6%	2.8%	1.8%	21.1%	0.9%	6.4%
Santa Cruz de la sierra	84.6%	1.4%	7.8%	1.1%	0.3%	0.5%	2.7%	13.0%	1.1%	2.7%
Sucre	83.2%	0.0%	7.8%	0.6%	1.8%	0.0%	1.2%	12.6%	1.8%	7.2%
Zudañez	86.8%	0.0%	7.9%	0.0%	1.3%	1.3%	0.0%	7.9%	0.0%	2.6%
Total	80.1%	0.7%	6.3%	1.5%	2.2%	0.9%	1.7%	14.6%	0.9%	3.7%

Fuente: elaboración propia.

P7. Identificación cultural

Respecto a la identificación cultural, la mayoría de las y los participantes (45%) no se siente identificada con ninguna cultura. El 33% se identifica con la cultura quechua; el 17%, con la cultura aymara; 3% con la cultura guaraní y 2% con otras culturas.

Figura 10
Identificación cultural de las y los participantes



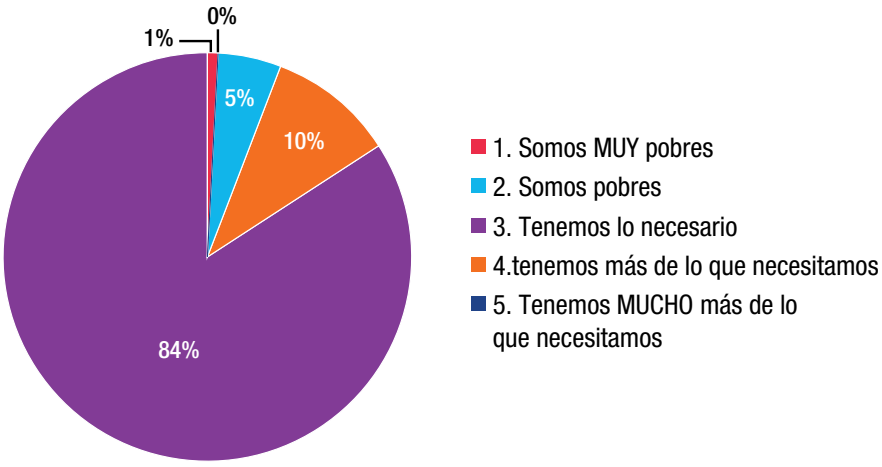
Fuente: elaboración propia.

P9. Nivel socioeconómico

Con relación a la pregunta sobre el nivel socioeconómico, más del 80% de las y los adolescentes y jóvenes afirma que tiene lo necesario en su familia, solo el 10% señala que tiene más de lo que necesita, el 5% afirma ser pobre y el 1% se considera muy pobre. Para los y las adolescentes y jóvenes, tener lo necesario económicamente puede representar una barrera al acceso a Centros de Salud, ya que no contarían con recursos extras para recibir atención médica cuando lo necesiten.

"...más del 80% de las y los adolescentes y jóvenes afirma que tiene lo necesario en su familia, solo el 10% señala que tiene más de lo que necesita, el 5% afirma ser pobre y el 1% se considera muy pobre."

Figura 11
Nivel socioeconómico de las y los adolescentes y jóvenes



Fuente: elaboración propia.

El nivel socioeconómico sigue siendo una barrera para el acceso a la salud de AJ. Si bien el Seguro Universal de Salud (SUS) cubre la consulta de las y los AJ, no es suficiente, pues la cobertura no incluye los exámenes complementarios que se puedan requerir ni el tratamiento. Entonces, si un AJ acude a un CS, por su cuenta o es animado a asistir por educadores o profesores, no tener dinero impedirá que haga el tratamiento o que regrese al CS. Al respecto, la Dra. Quispe del programa Mi Salud reconoce que "el factor económico también es importante, el SUS no cubre todos los exámenes complementarios".

La educadora del CIES de Quillacollo coincide con la Dra. Quispe: "los costos no son diferenciados; en consulta, se puede pedir precios diferenciados, pero para otros exámenes complementarios no hay recursos económicos, eso dificulta que un AJ asista al centro de salud".

En Patacamaya, la situación es diferente para los y las AJ. El director del Hospital Patacamaya afirma que "en el hospital se atiende a los y las AJ aunque no tengan dinero, luego se ven recursos para cubrir los costos". Esto se convierte en una oportunidad de acceso a CS y atención en SSySR para las y los adolescentes y jóvenes.

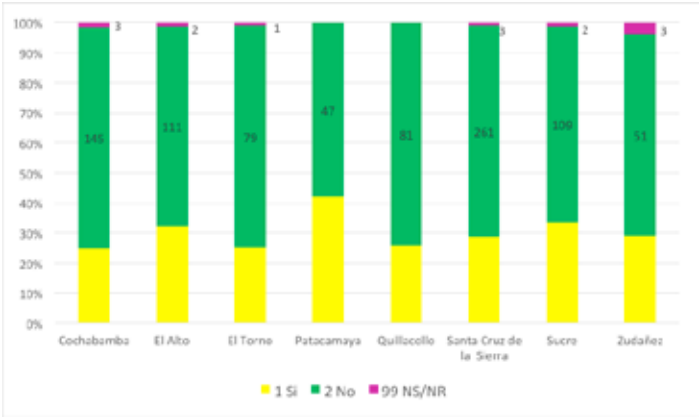
Se advierte que no existe una designación de presupuesto específico para la atención de las y los AJ en los servicios de salud, de modo que sea posible cubrir la consulta, el diagnóstico oportuno y el tratamiento. Los gastos deben ser cubiertos por las y los adolescentes y jóvenes, quienes mayoritariamente abandonan el tratamiento por falta de recursos.

P15. ¿Has acudido a un centro de salud para recibir atención e información en SSySR?

Del total de adolescentes y jóvenes encuestados, el 30% señala haber asistido a un centro de salud para recibir atención en SSySR; el 69% no acudió y el 1% no responde a la pregunta.

Según los municipios, tenemos los siguientes datos: en Cochabamba, El Torno y Quillacollo, alrededor del 25% de adolescentes y jóvenes ha asistido a un centro de salud para recibir información y/o atención en SSySR; en El Alto, Santa Cruz y Zudáñez, un 30% ha acudido a un CS en el último año; y en Sucre, un poco más del 30% lo ha hecho. Patacamaya es el municipio que registra mayor asistencia de adolescentes y jóvenes al Hospital de Patacamaya, con un 40%.

Figura 12
Asistencia a centro de salud para recibir atención en SSySR

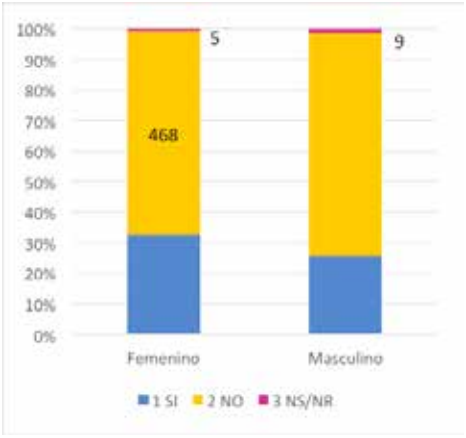


Fuente: elaboración propia.

El porcentaje de adolescentes y jóvenes que asisten al CS para recibir atención y/o información es muy bajo en 7 de los 8 municipios. Esta situación se explica por el desconocimiento de las y los AJ respecto al servicio; porque tienen vergüenza o acuden solamente en complicaciones de salud; además, no se realiza promoción ni difusión de los servicios a AJ. El factor económico limita que acudan a pedir atención. También refieren que no hay privacidad en los servicios o que necesitan asistir con sus padres. Estas razones se explicarán detalladamente más adelante.

Con relación al porcentaje que asiste a CS, diferenciado por sexo, tenemos las siguientes cifras: 229 mujeres frente a 147 hombres. Esto nos indica que, de 367 AJ que asistieron a CS este último año, 64% son mujeres y 36% son hombres. Históricamente, los hombres han experimentado más barreras sociales y culturales que limitan su acceso a CS. Este aspecto se explica con mayor profundidad en las conclusiones.

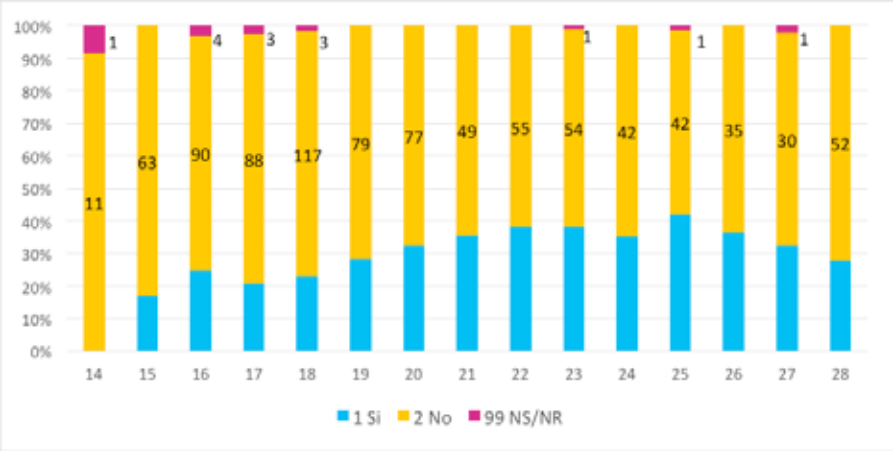
Figura 13
Adolescentes y jóvenes que asisten a CS, según el sexo



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las edades de AJ que asistieron a centros de salud durante el último año, tenemos la siguiente distribución:

Figura 14
Adolescentes y jóvenes que asisten a CS, según la edad



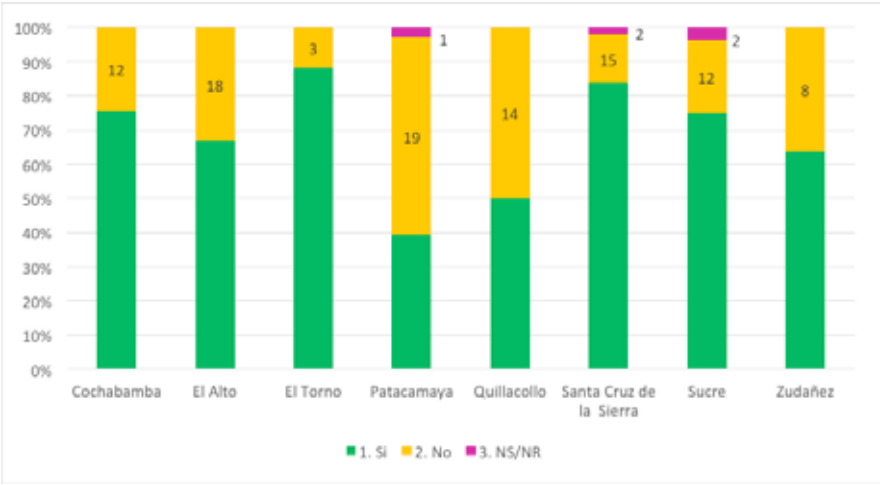
Fuente: elaboración propia.

Con un 40%, las y los jóvenes de 25 años son los que más asistieron a servicios de salud, y los y las adolescentes de 15 años asistieron en un 15%. No hubo asistencia a los servicios de salud por parte de quienes tienen 14 de años de edad. Esta situación puede deberse a que se solicita el acompañamiento de una persona mayor cuando un/a adolescente asiste a consulta médica. Cabe destacar que este fue un comentario recurrente respecto a las prácticas del personal de salud, durante las entrevistas y los grupos focales de AJ y del personal operativo de CIES.

P16. ¿Recibiste atención diferenciada para AJ en el centro de salud?

En relación con la pregunta sobre si recibieron atención diferenciada en el centro de salud, se observa que, en la mayoría de los municipios, más del 65% de las y los AJ afirma haber recibido atención diferenciada. En los casos de Patacamaya y Quillacollo, la recepción de atención diferenciada en los servicios de salud fue menor, registrando 40% y 50%, respectivamente.

Figura 15
Recepción de atención diferenciada para adolescentes y jóvenes



Fuente: elaboración propia.

P17. ¿Cómo fue la atención en el centro de salud?

Respecto a la atención recibida en el centro de salud, podemos apreciar que la mayoría de las y los adolescentes y jóvenes de los municipios de Santa Cruz, Sucre, Zudáñez, Patacamaya y Cochabamba consideran que es fácil llegar al CS. Con relación al tiempo de espera, en El Alto, El Torno, Quillacollo, Zudáñez y Santa Cruz, las y los adolescentes y jóvenes señalan que deben esperar mucho para ser atendidos. Las y los AJ de Cochabamba, Santa Cruz, El Alto y Sucre afirman haber recibido la información que buscaban. Se observa también que las y los AJ consideran que los servicios en los CS no son económicos.

Tabla 7
Percepción de los y las AJ respecto a la atención en el centro de salud

Municipio	1. Fácil de llegar	2. Los servicios son económicos	3. Tienes que esperar mucho por la atención	4. Te dan la información que estás buscando
Cochabamba	39%	16%	20%	43%
El Alto	26%	17%	48%	31%
El Torno	30%	19%	44%	19%
Patacamaya	53%	12%	29%	3%
Quillacollo	25%	11%	57%	29%
Santa Cruz de la sierra	46%	25%	36%	41%
Sucre	43%	25%	21%	43%
Zudañez	41%	14%	36%	14%
Total	**39%**	**19%**	**35%**	**32%**

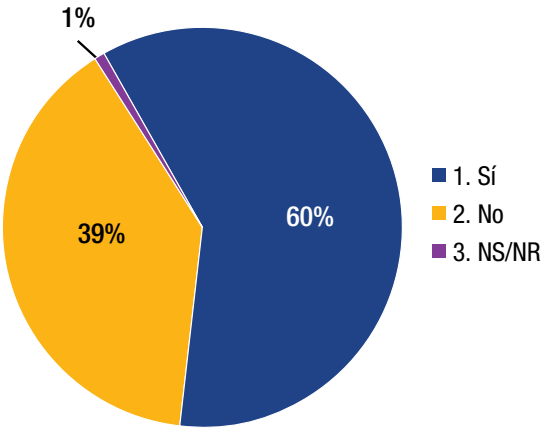
Fuente: elaboración propia.

P20. Promoción de servicios para AJ en centros de salud

El 60% de las y los AJ mencionaron que, en los centros de salud a los que asistieron, existen afiches o mensajes de promoción de servicios para esta población.

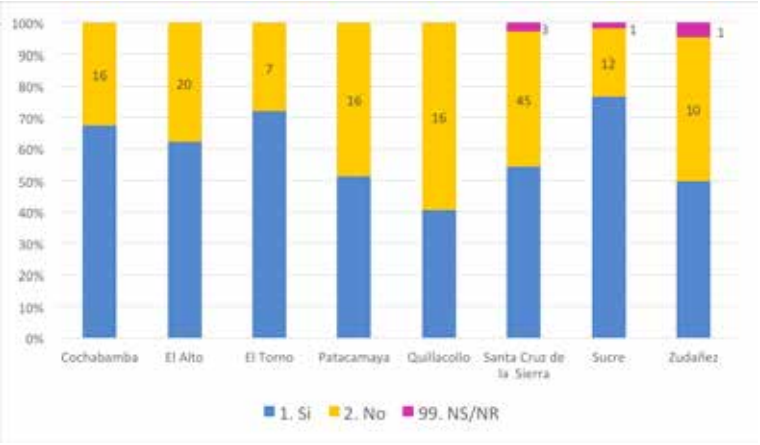
En el gráfico siguiente se puede ver la distribución de los centros de salud por municipio que tienen afiches o mensajes de promoción de servicios para AJ. Según las y los entrevistados, en el municipio de Quillacollo hay menor cantidad de afiches de promoción de servicios.

Figura 16
Promoción de servicios para AJ en centros de salud



Fuente: elaboración propia.

Figura 17
Promoción de servicios para AJ en centros de salud, por municipio

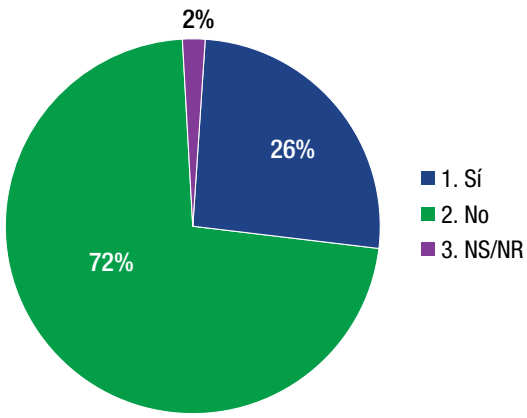


Fuente: elaboración propia.

P21. ¿Pudiste elegir al médico/médica de tu preferencia?

Respecto a la elección del médico/médica de preferencia, la mayoría de las y los AJ de los municipios (72%) respondieron que no pudieron elegir al profesional que los atendería. En las entrevistas realizadas al personal de salud, se observa que existen escasos recursos humanos para atender a AJ y aquellos que están disponibles no han recibido capacitación específica para trabajar con AJ y brindar atención diferenciada. “Se requiere capacitación y sensibilización con el personal de salud, y procesos vivenciales y reflexivos para el trabajo con adolescentes. No hay compromiso del personal de salud”, señaló el Dr. Flores, director del centro de salud San Francisco en Senkata. No contar con personal capacitado y no poder elegir al médico de su preferencia podrían constituir factores que influyen negativamente en la asistencia de los hombres a CS, pues se evidencia que es menor a la de las mujeres.

Figura 18
Posibilidad de elegir al profesional en salud



Fuente: elaboración propia.

P22. Conocimiento de centros AIDAJ

El 67% de adolescentes y jóvenes desconocen lo que es un centro AIDAJ, solo un 31% responde afirmativamente. En los municipios, la poca o nula difusión de los servicios para AJ en los CS es un factor que incide en el desconocimiento de los centros AIDAJ. Respecto a este asunto, un joven de la población LGBT

señala lo siguiente: “Debería haber más información sobre estos centros, qué son, para qué, quiénes pueden acudir. Es necesario difundir información sobre AIDAJ y actualizar la información de las direcciones”.

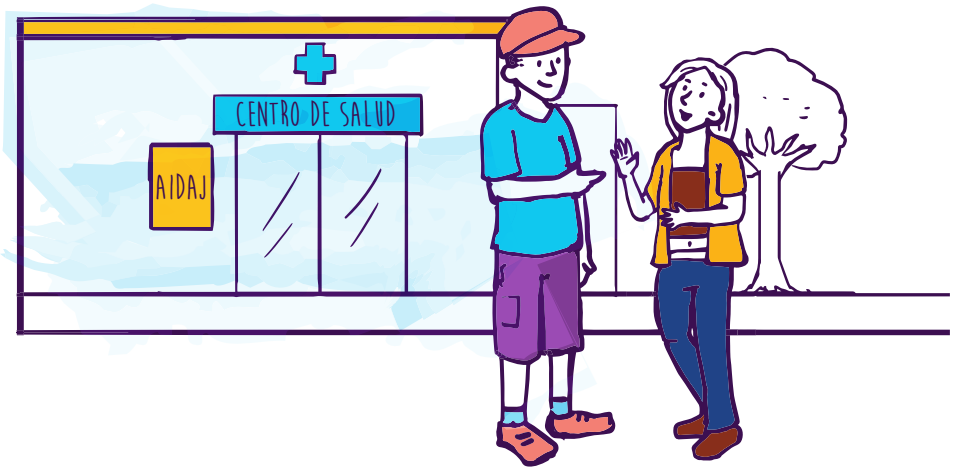
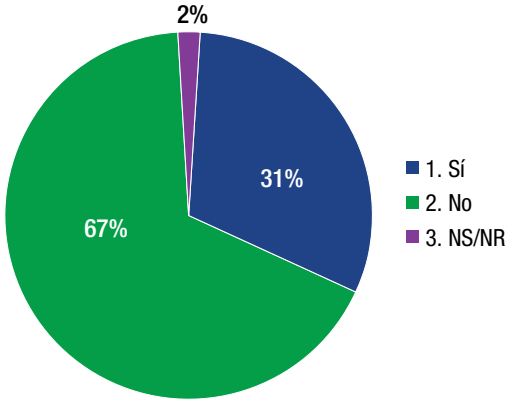


Figura 19
Conocimiento de AJ sobre los centros AIDAJ



Fuente: elaboración propia.

P23. Razones de AJ para volver al centro de salud

El 30% de adolescentes y jóvenes que asistieron a un centro de salud consideran que volverían a) por la accesibilidad en el costo (Santa Cruz, Cochabamba y Sucre); b) porque existe privacidad y confidencialidad en la atención (Cochabamba, Santa Cruz, Sucre y El Alto), y c) porque entendieron la información recibida (Sucre, Cochabamba, Santa Cruz, El Torno, Quillacollo y El Alto).

Tabla 8
Razones de AJ para volver al centro de salud, por municipio

Municipio	1. Disponibilidad de transporte	2. Accesibilidad (económica) de los servicios	3. Tiempo corto de espera para ser atendido/a	4. Privacidad y confidencialidad de la consulta	5. Los trabajadores de salud son amigables, respetuosos	6. Entendí la información que me dieron	7. El establecimiento es limpio y seguro	8. Infraestructura segura que no permite que se escuche la conversación en los pasillos
Cochabamba	22.4%	38.8%	34.7%	53.1%	26.5%	40.8%	36.7%	22.4%
El Alto	13.0%	31.5%	9.3%	31.5%	22.2%	31.5%	25.9%	14.8%
El Torno	33.3%	33.3%	14.8%	22.2%	29.6%	33.3%	18.5%	11.1%
Patacamaya	35.3%	26.5%	11.8%	5.9%	14.7%	8.8%	0.0%	2.9%
Quillacollo	17.9%	21.4%	10.7%	21.4%	7.1%	32.1%	21.4%	3.6%
Santa Cruz de la sierra	34.9%	50.9%	24.5%	44.3%	35.8%	36.8%	36.8%	24.5%
Sucre	25.0%	37.5%	19.6%	33.9%	46.4%	41.1%	26.8%	16.1%
Zudañez	22.7%	27.3%	9.1%	18.2%	18.2%	27.3%	18.2%	4.5%
Total	26.6%	37.5%	19.1%	33.8%	28.7%	33.5%	26.9%	16.0%

Fuente: elaboración propia.

P24. Razones de AJ para no volver al centro de salud

En todos los municipios, la razón principal por la que los y las AJ no regresarían al centro de salud es porque consideran que el tiempo de espera para la atención es excesivo (41%). El precio de los servicios está en segundo lugar: se

considera que son caros, pues no todos los municipios tienen los mismos ingresos económicos. El 13% de las y los participantes menciona que no regresaría al centro de salud porque no reciben atención diferenciada.

Tabla 9
Razones de AJ para no volver al centro de salud, por municipio

Municipio	1. No hay transporte	2. Los servicios son caros	3. Hay que esperar mucho tiempo para ser atendido/a	4. El personal de salud nos trata mal	5. No recibi la información / ayuda que solicité	6. No me dejaron entrar a cnsulta con un acompañante	7. Porque no hay atención diferenciada paa adolescentes / jóvenes	8. Hay presencia de terceras personas sin autorización
Cochabamba	8.2%	20.4%	24.5%	4.1%	4.1%	4.1%	4.1%	6.1%
El Alto	5.6%	16.7%	51.9%	13.0%	11.1%	11.1%	16.7%	9.3%
El Torno	11.1%	18.5%	55.6%	14.8%	7.4%	3.7%	18.5%	7.4%
Patacamaya	5.9%	5.9%	61.8%	23.5%	5.9%	5.9%	8.8%	2.9%
Quillacollo	14.3%	10.7%	28.6%	7.1%	10.7%	14.3%	14.3%	10.7%
Santa Cruz de la sierra	13.2%	16.0%	37.7%	8.5%	4.7%	15.1%	17.0%	10.4%
Sucre	7.1%	8.9%	33.9%	8.9%	7.1%	8.9%	5.4%	5.4%
Zudañez	4.5%	9.1%	50.0%	0.0%	4.5%	4.5%	22.7%	0.0%
Total	9.3%	14.1%	41.0%	9.8%	6.6%	9.8%	13.0%	7.4%

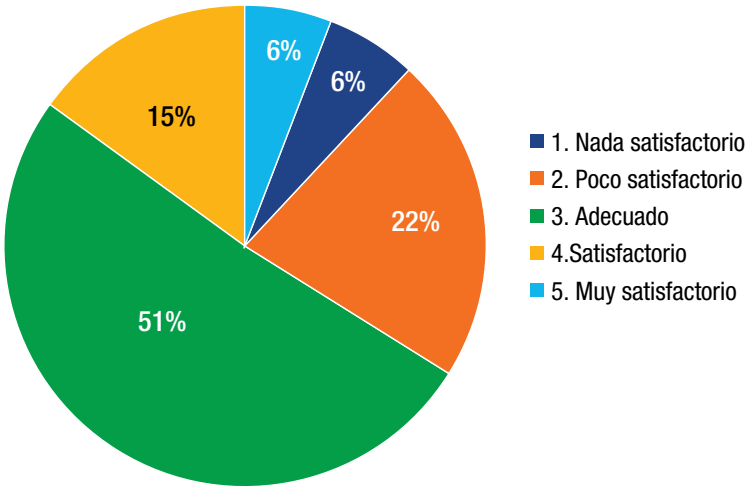
Fuente: elaboración propia.

P26. Satisfacción con el servicio del centro de salud

Del 30% de AJ que asistieron a un centro de salud, el 51% afirma que la atención brindada es adecuada, el 22% considera que la atención es poco satisfactoria, el 15% considera que la atención recibida ha sido satisfactoria, 6% dice que la atención ha sido muy satisfactoria y un porcentaje similar considera que no ha sido nada satisfactoria.

Las y los adolescentes y jóvenes que mencionan haber recibido una atención adecuada y satisfactoria representan una mayor posibilidad de que sus pares asistan al CS. Una buena referencia sobre los servicios de salud o algún profesional es fundamental para que las y los AJ se sientan motivados para ir a consultar a un determinado centro. “La publicidad boca a boca de los AJ es muy importante”, coincide la Dra. Quispe del programa Mi Salud.

Figura 20
Satisfacción de AJ con el servicio del centro de salud



Fuente: elaboración propia.

P27. Razones por las que AJ no acudieron a un centro de salud

La razón principal por la que las y los adolescentes y jóvenes no acudieron a un centro de salud es porque no necesitaron (53.3%). Menos del 20% de AJ no acuden a los centros de salud porque no conocen que existen servicios para la juventud. El 15.5% de la población adolescente y joven señala que aún tiene miedo y/o vergüenza de acudir a un CS. El miedo a ser criticados o ser discriminados es un factor importante que impide la asistencia de AJ a un CS. En el grupo focal de adolescentes, uno comentó lo siguiente: “los doctores miran mal cuando un AJ pide información sobre métodos anticonceptivos”. Otro joven de la población GLBT indica que “hay triple y doble discriminación si eres GLBT”.

Tabla 10
Razones de AJ para no acudir a un centro de salud

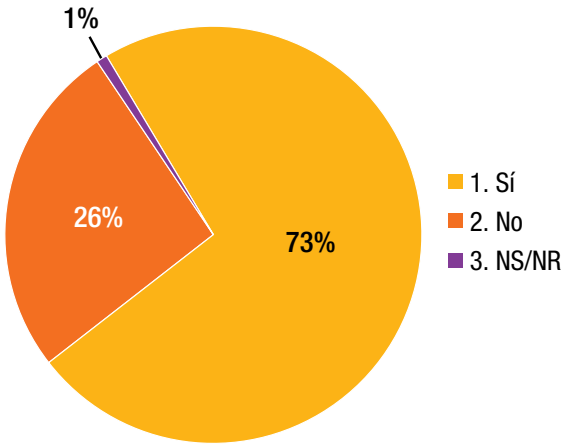
Municipio	1. Porque no necesité	2. Porque me da miedo y/o vergüenza	3. Porque estos temas los tratamos en casa	4. Porque no brindan atención diferenciada para adolescentes	5. Porque es caro	6. Porque es my lejos	7. Porque mi pareja no quiere que vaya solo/a	8. Porque no sabía que había ese servicio
Cochabamba	67.7%	18.2%	3.4%	7.4%	4.1%	5.4%	0.7%	17.6%
El Alto	31.9%	21.2%	4.4%	10.6%	3.5%	6.2%	0.9%	22.1%
El Torno	67.5%	15.0%	3.8%	3.8%	5.0%	6.3%	0.0%	13.8%
Patacamaya	44.7%	12.8%	2.1%	17.0%	0.0%	0.0%	0.0%	8.5%
Quillacollo	54.3%	9.9%	6.2%	8.6%	6.2%	2.5%	2.5%	23.5%
Santa Cruz de la sierra	51.5%	15.5%	7.2%	6.4%	3.8%	5.3%	0.8%	19.3%
Sucre	44.1%	15.3%	6.3%	2.7%	3.6%	3.6%	0.0%	9.9%
Zudañez	72.2%	7.4%	9.3%	1.9%	3.7%	1.9%	0.0%	7.4%
Total	53.3%	15.5%	5.6%	6.9%	3.9%	4.6%	0.7%	16.8%

Fuente: elaboración propia.

P29. La última vez que tuvieron relaciones sexuales, ¿usaron un MAC?

El 73% de las y los adolescentes y jóvenes usaron algún método anticonceptivo en su última relación sexual. Casi el 30% de AJ señala no haber usado ningún método anticonceptivo.

Figura 21
Uso de MAC durante la última relación sexual



Fuente: elaboración propia.

P40. ¿Cuáles son las características que debería tener un centro AIDAJ?

"la confidencialidad es una barrera, ya que los parientes de los y las AJ trabajan en el CS y no se garantiza la confidencialidad"

Con respecto a las características que debería tener un centro AIDAJ, las y los adolescentes y jóvenes mencionan que el trato amable debería ser la principal. La segunda característica más importante sería la información clara y oportuna; los servicios de orientación psicológica para AJ se presentan como tercera característica. La confidencialidad también está dentro de las características deseadas, sobre todo en los municipios pequeños. Un educador de Zudáñez comenta al respecto: "la confidencialidad es una barrera, ya que los parientes de los y las AJ trabajan en el CS y no se garantiza la confidencialidad". A propósito, la responsable de Adolescentes y Salud sexual y reproductiva de Chuquisaca sugiere que "lo ideal sería un lugar exclusivo, pues ahora están mezclados en el CS".

Tabla 11
Características deseables de un centro AIDAJ según los y las AJ

Municipio	1. Trato amable	2. PInformación clara y oportuna	3.Infraestructura adecuada	4. Confidencialidad	5. Espacio juvenil	6. Servicios de orientación psicológica para Aj	7. Promoción de servicios para AJ	8. Horarios accesibles a las actividades AJ
Cochabamba	83.8%	71.1%	40.1%	65.5%	50.8%	48.7%	47.2%	49.2%
El Alto	80.2%	79.0%	49.7%	56.9%	65.3%	72.5%	52.7%	65.9%
El Torno	66.4%	72.0%	45.8%	46.7%	49.5%	60.7%	51.4%	36.4%
Patacamaya	69.1%	70.4%	18.5%	25.9%	35.8%	32.1%	21.0%	29.6%
Quillacollo	67.0%	49.5%	27.5%	49.5%	39.4%	35.8%	47.7%	58.7%
Santa Cruz de la sierra	83.0%	84.3%	57.8%	73.5%	72.2%	85.4%	66.8%	76.2%
Sucre	74.9%	72.5%	36.5%	51.5%	56.9%	63.5%	53.3%	51.5%
Zudañez	89.5%	53.9%	34.2%	47.4%	46.1%	36.8%	38.2%	34.2%
Total	78.4%	73.3%	43.7%	58.3%	57.4%	62.6%	52.6%	57.1%

Fuente: elaboración propia.

Los resultados respecto a las características que se esperan en centro AIDAJ, según el sexo de los y las AJ consultados/as se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 12
Características deseables de un centro AIDAJ, según el sexo de AJ

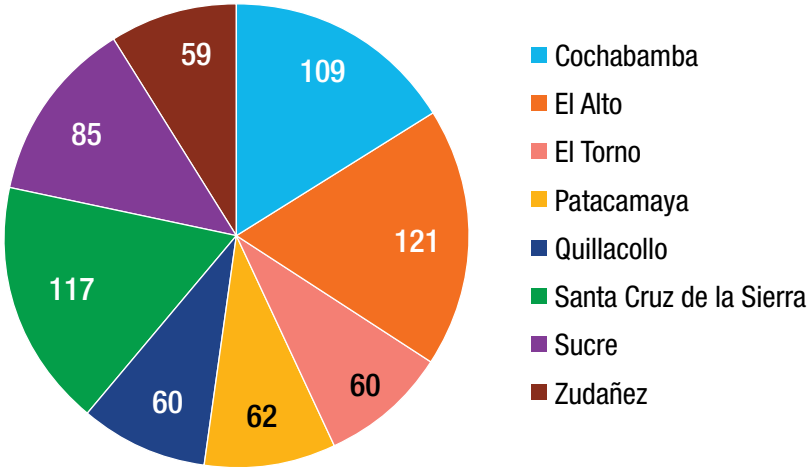
Municipio	1. Trato amable	2. PInformación clara y oportuna	3.Infraestructura adecuada	4. Confidencialidad	5. Espacio juvenil	6. Servicios de orientación psicológica para Aj	7. Promoción de servicios para AJ	8. Horarios accesibles a las actividades AJ
Femenino	81.6%	79.9%	47.7%	62.5%	64.4%	71.9%	59.4%	64.1%
Masculino	74.5%	65.0%	38.8%	53.1%	48.8%	51.0%	44.2%	48.6%
Total	78.4%	73.3%	43.7%	58.3%	57.4%	62.6%	52.6%	57.1%

Fuente: elaboración propia.

Tanto mujeres como hombres buscan recibir un trato amable e información clara y oportuna en los servicios de salud. Los varones valoran también que la confidencialidad sea una característica principal, mientras que las mujeres prefieren que haya servicios de orientación psicológica.

6.1.2. La familia: madres y padres de adolescentes y jóvenes

Figura 22
Madres y padres de familia encuestadas/os, por municipio

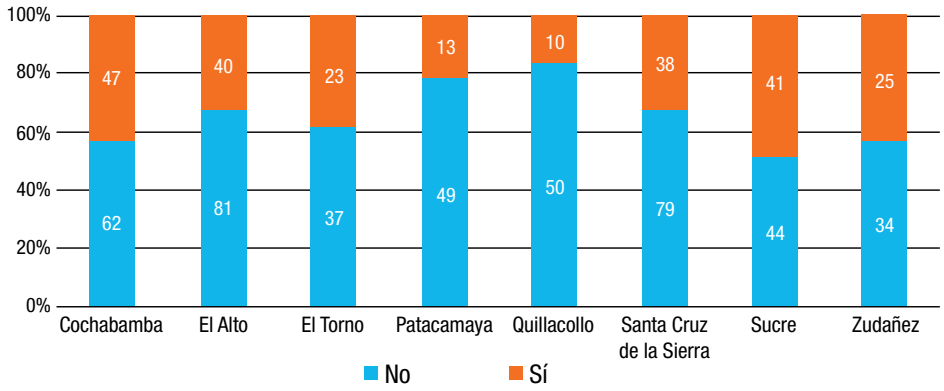


Fuente: elaboración propia.

Se logró encuestar a 673 personas, entre ellas, madres y padres de familia de adolescentes y jóvenes de los 8 municipios del área de intervención del proyecto. El 65% corresponde a madres de familia y el 35% a padres de familia.

P9. En el último año, ¿ha recibido alguna información sobre DSyDR o SSySR?

Figura 23
Recepción de información sobre DSyDR o SSySR



Fuente: elaboración propia.

Se puede observar que el 90% de madres y padres de familia no recibieron ningún tipo de información sobre DSyDR o SSySR en su municipio. Sin embargo, en Cochabamba, Sucre, El Alto y Santa Cruz, que son municipios urbanos, existe mayor conocimiento en comparación con las zonas rurales.

La información recibida en los últimos años se refiere a derechos sexuales, como el derecho a elegir pareja, la prevención de embarazos en adolescentes, el derecho a elegir la cantidad de hijos/as, la prevención de violencia y el VIH. Al respecto, una madre de familia del municipio de Patacamaya afirma: “Es importante recibir información como madres y padres, ya que en nuestra época no nos dieron nada de información y ahora es necesario para nuestras hijas especialmente, para prevenirlas sobre los riesgos, y que ellas se cuiden mejor que nosotras”.

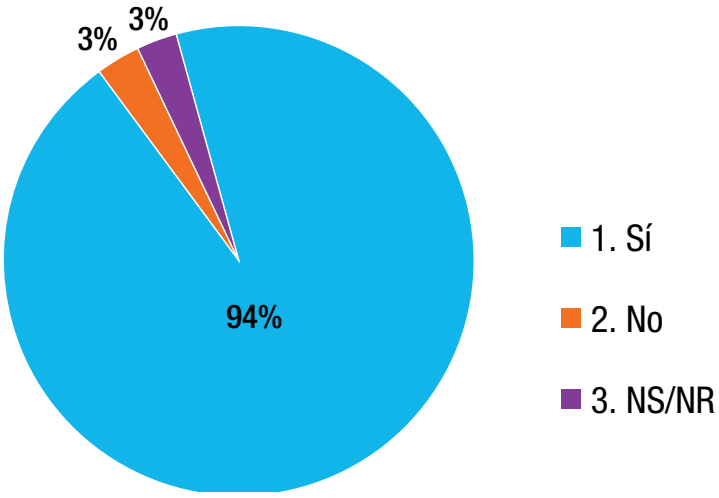
Cabe señalar que la forma en la que llega la información es a través de materiales impresos, búsqueda de internet en un 39%, charlas en centros de salud, charlas de otras organizaciones, y por medio de la radio o la televisión.

P12. ¿Considera que las/los adolescentes y jóvenes deben recibir información sobre SSySR?

Un 94% de las madres y padres de familia están de acuerdo en que sus hijas/hijos deben recibir información sobre SSSR, un 3% no está de acuerdo y un 3% prefiere no contestar la pregunta.

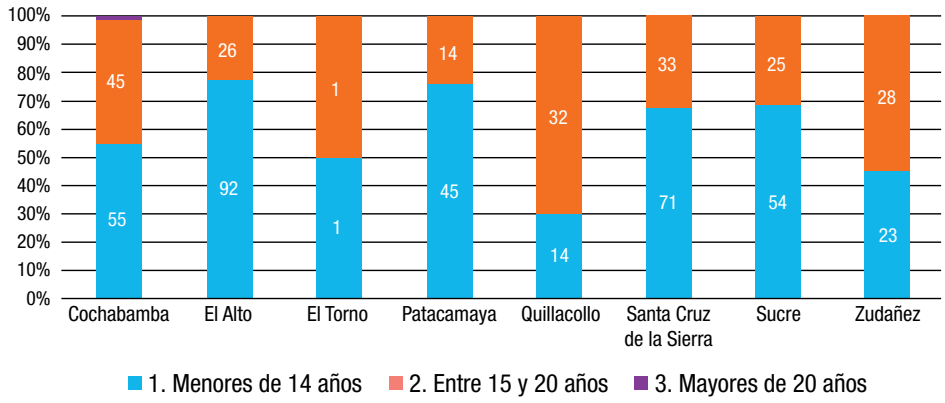
Asimismo, se puede observar que tanto madres como padres de familia están de acuerdo con que la información llegue a adolescentes y jóvenes menores de 14 años (63%) y un 37% prefiere que la información sobre SSSR llegue a adolescentes y jóvenes entre 15 y 20 años de edad, en el siguiente cuadro se puede observar el desglose por municipio.

Figura 24
Conveniencia de la información sobre SSySR para AJ



Fuente: elaboración propia.

Figura 25
Edad apropiada para recibir información sobre SSySR



Fuente: elaboración propia.

Sobre este tema, en el municipio de El Torno manifiestan lo siguiente:

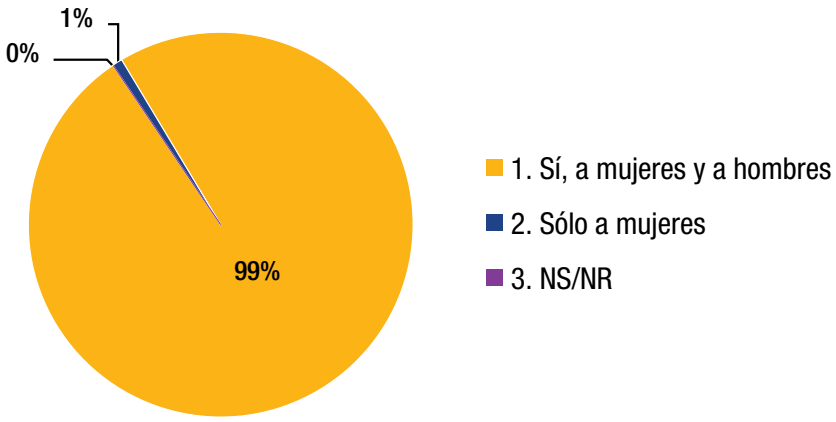
> ... Si no se les enseña a cuidarse desde niñas o niños y en su propio lenguaje, no van a saber cómo prevenir enfermedades o embarazos, y es mejor que en las escuelas o en las ferias les expliquen las formas de protección, también a los padres para que también aprendamos porque nunca es tarde.

En cuanto al lugar más adecuado para recibir información, la mayoría de las personas encuestadas menciona al colegio/escuela, la casa, el centro de salud y las redes sociales o el internet.

P15. ¿Considera que las madres y los padres de familia deberían dar información sobre SSySR a sus hijas e hijos adolescentes?

Tanto madres como padres de familia consideran que la información sobre SSySR debe llegar a hombres y mujeres sin distinción. Sin embargo, una gran mayoría de padres de familia de El Alto opinan que "la información de menstruación debería ser específica para mujeres, ya que los hombres no se meten en esas cosas femeninas".

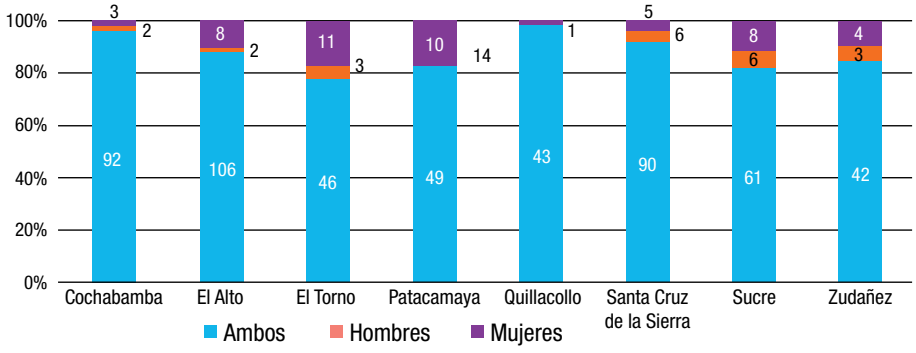
Figura 26
Conveniencia de que los padres y las madres informen sobre SSySR



Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la información sobre la prevención de violencia, el 88% de las madres y padres de familia prefiere que se hable de este tema con ambos sexos; el 8%, solamente con las mujeres, y 4% solamente con hombres. El desglose de los resultados sobre este asunto específico en cada municipio es el siguiente:

Figura 27
Información sobre prevención de violencia



Fuente: elaboración propia.

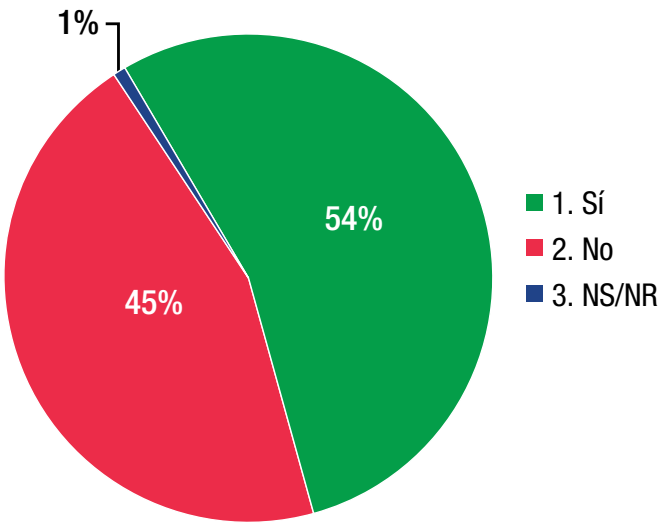
P18. ¿Alguna vez ha conversado con su hijo/a o algún adolescente sobre temas de sexualidad, ITS, SSySR o DSyDR?

Se observa que el 54% de las madres y los padres de familia conversaron con sus hijas/os sobre SSySR o DSyDR. Sin embargo, el 45% —que es un porcentaje alto— no lo hizo. El abordaje de estas temáticas dentro de la familia se realiza en el marco de una comunicación fluida y amigable.

Un padre de familia de Zudáñez señala lo siguiente:

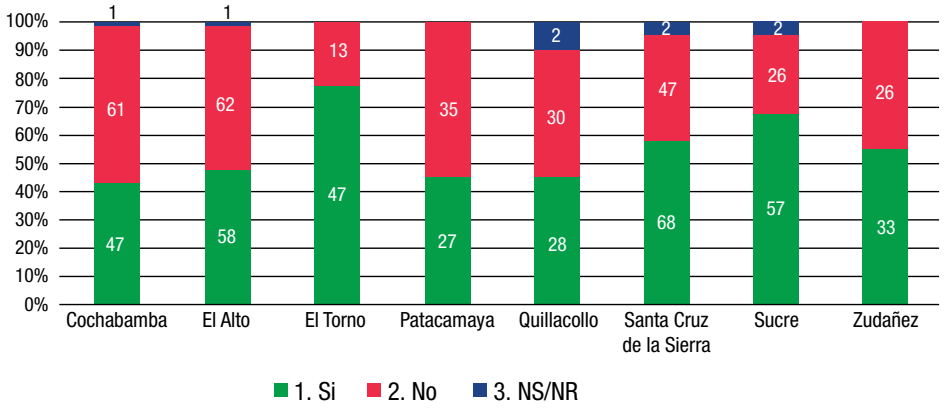
> Es difícil conversar con las mujeres sobre la sexualidad en general, porque uno no está preparado y hay todavía vergüenza, aunque sepamos que es por su bien y que eso les ayuda. En mi caso, tengo dos hijas y soy viudo, y prefiero que les hablen en la escuela; en cambio, a mi hijo le puedo hablar normal.

Figura 28
Padres y madres que conversan sobre SSySR y DSyDR con su hijo/a



Fuente: elaboración propia.

Figura 29
Padres y madres que conversan sobre SSySR y DSyDR con su hijo/a, por municipio



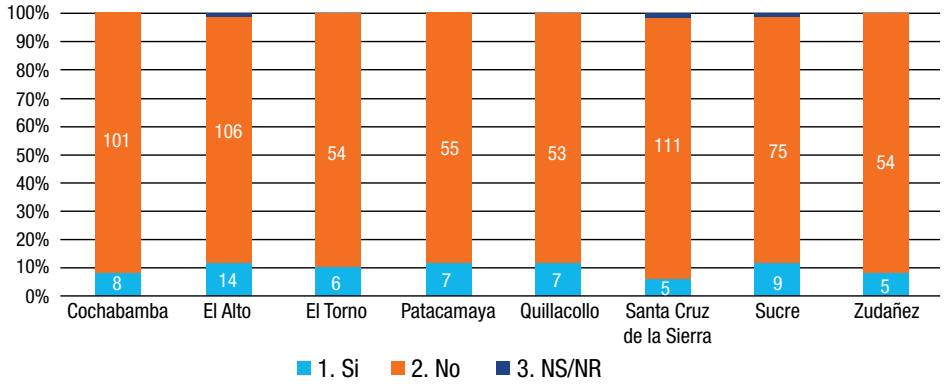
Fuente: elaboración propia.

P20. ¿Alguna/o de sus hijas/os tuvo un embarazo adolescente?

Del total de personas encuestadas, el 91% de las madres y padres de familia señaló que en su familia hubo la experiencia de un embarazo adolescente y un 9% respondió que no. Al respecto, una madre de familia del municipio de Quillacollo afirma:

> Para evitar un embarazo en adolescentes, es importante conocer los métodos anticonceptivos, pero sobre todo dar confianza a los hijos para hablar en familia y que no se hagan las cosas a escondidas de los padres. Aunque uno a veces reniegue, siempre habrá solución, pero es importante apoyar a los hijos e hijas en este caso, y no botarlos de su casa como ocurre en otras familias.

Figura 30
Experiencia de embarazo adolescente en las familias, por municipio

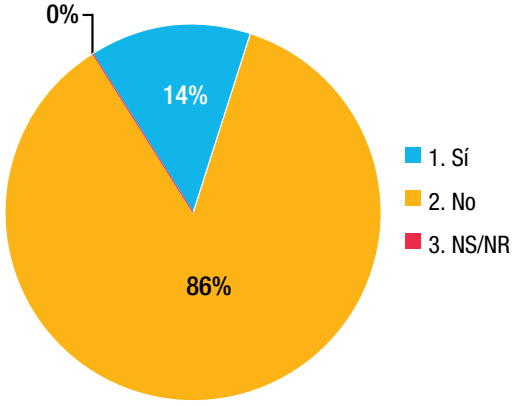


Fuente: elaboración propia.

P25. ¿Sabe que es un centro AIDAJ?

Se observa que la mayoría de las madres y los padres de familia desconoce lo que es un centro de atención integral diferenciada para adolescentes (86%). Sin embargo, el 14% conoce lo que significa y su funcionamiento.

Figura 31
Padres y madres de familia que conocen los centros AIDAJ

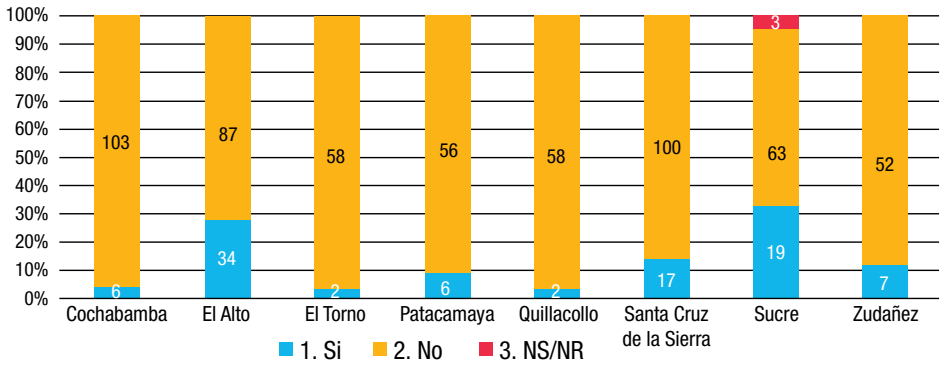


Fuente:
elaboración propia.

Algunas personas encuestadas del municipio de El Alto señalan que “se debe promocionar el funcionamiento de los centros de salud públicos para adolescentes, porque solo se conocen centros privados de salud”. Por su parte, una madre de familia del municipio de Santa Cruz afirma que “en CIES ofrecen servicios especializados para jóvenes y buena atención; en los centros de salud públicos no hay insumos y la infraestructura no es adecuada, a veces atienden en los pasillos porque hay mucha gente o hace mucho calor”.

En el siguiente cuadro, se puede observar el desglose por municipio del conocimiento de las madres y los padres de familia sobre los centros AIDAJ.

Figura 32
Padres y madres de familia que conocen los centros AIDAJ, por municipio

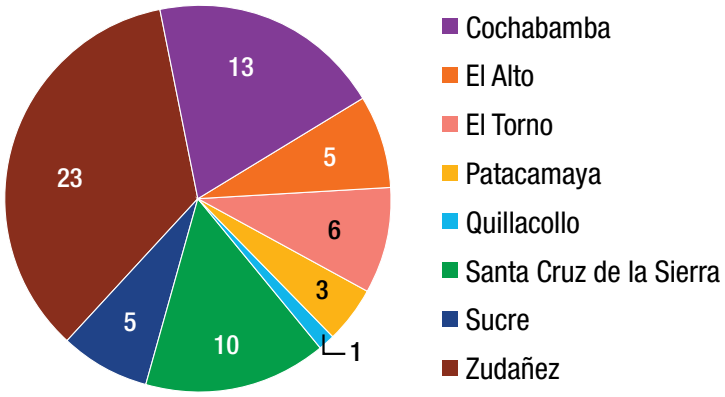


Fuente: elaboración propia.

6.1.3. Personal de salud

Los establecimientos de salud encuestados pertenecen a 8 municipios del área de intervención del proyecto. Se obtuvo la participación de 66 personas, entre las que se cuentan directores de centros de salud, jefes médicos, gerentes médicos, médicos especialistas y enfermeras/os.

Figura 33
Establecimientos de salud encuestados, por municipio

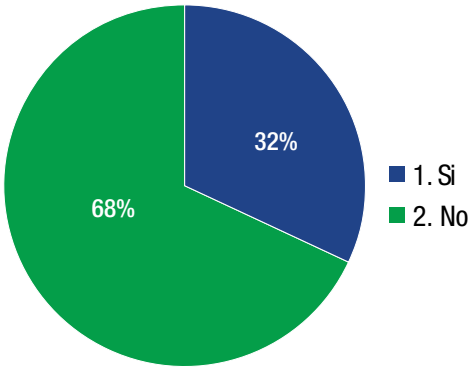


Fuente: elaboración propia.

P6. ¿Existe algún consultorio que atienda específicamente en SSySR a AJ?

Respecto a la existencia de consultorios que atiendan específicamente a AJ, menos del 40% de los 66 establecimientos encuestados afirmó contar con un lugar específico para AJ. La falta de espacios físicos en los establecimientos, el escaso personal de salud y su elevada rotación dificultan que haya consultorios específicos para la atención de AJ.

Figura 34
Establecimientos con consultorio específico para AJ

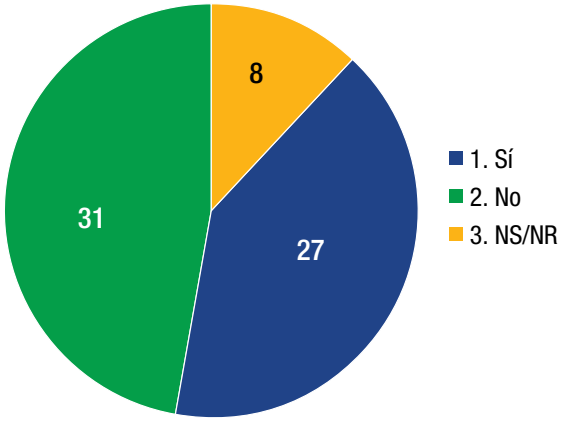


Fuente: elaboración propia.

P12. ¿Se pide consentimiento de los padres o pareja para entregar MAC a AJ?

El 48% de las y los profesionales encuestados manifestó que no solicitan autorización de los padres o de la pareja para entregar MAC a AJ. El 42% respondió que sí la solicita y el 10% restante no respondió la pregunta. El hecho de que casi la mitad del personal de salud solicite a AJ autorización de los padres o la pareja para entregar MAC representa una barrera importante para el acceso a la SSySR. Sobre este punto, la responsable de Salud Sexual y Reproductiva del SEDES Chuquisaca observa lo siguiente: "El personal de salud aún es adulto centrista, no está capacitado, a diferencia de los que trabajan en centros AIDAJ certificados que son comprometidos con los AJ".

Figura 35
Solicitud de consentimiento parental para entregar MAC a AJ



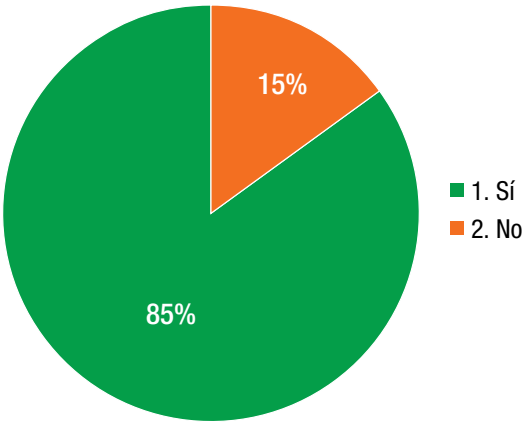
Fuente: elaboración propia.

P32. ¿Cree que la Covid-19 afectó la atención en SSySR en AJ?

Casi el 85% del personal de salud considera que la pandemia por Covid-19 afectó la atención de SSySR para AJ, ya que las medidas de confinamiento generaron restricciones en la circulación de las personas. El Dr. Flores del centro de salud San Francisco en El Alto señala que ahora, para acceder a consultas, las y los AJ deben pasar por un triaje una vez que van al CS. Sobre el tema, la responsable de

Adolescencia y Juventud del Ministerio de Salud indicó: “El 2020 hubo modificaciones en la asignación de recursos para los AIDAJ, en el personal, los recursos y la infraestructura. Muchos AIDAJ se han cerrado y su personal fue a atender Covid-19. Recién se retomó la atención a AJ en febrero”.

Figura 36
Atención en SSySR para AJ afectada por Covid-19



Fuente: elaboración propia.

6.2. PERCEPCIONES CON RELACIÓN A LAS BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS AIDAJ

A fin de encontrar similitudes y diferencias entre los grupos focales realizados y los diferentes actores entrevistados en los 8 municipios de intervención, y conocer las percepciones, motivaciones, reacciones, expectativas y demandas respecto a la atención integral diferenciada para adolescentes y jóvenes, se presentan los siguientes cuadros, con base en las barreras primarias y secundarias identificadas

Barreras Primarias:

Tabla 13
CONOCIMIENTO , ACTITUDES Y PRÁCTICAS

ACTORES	MUNICIPIO	PERCEPCIÓN
Educadores	El Alto	No hay personal capacitado
	Patacamaya	No conocen sobre la AIDAJ
	Santa Cruz y El Torno	Presupuestos bajos para AIDAJ Se requiere sensibilización en el personal
	Cochabamba y Quillacollo	El personal no está capacitado en atención diferenciada
	Sucre y Zudáñez	El personal no está sensibilizado ni capacitado
Personal de salud	El Alto	Estereotipos. El país es diverso, no hay experiencia de ponerse en el lugar del adolescente de El Alto, que aún no ha sido identificado y es diferente a otros de la ciudad. Cada adolescente tiene sus particularidades y, en El Alto, tienen muchas raíces culturales.
	Patacamaya	La discriminación es una barrera. Juzgan a los hombres que piden información en PF, porque piensan que eso es de mujeres. La discriminación es entre ellos mismos, se burlan.
	Santa Cruz y El Torno	Un adolescente que no esté empoderado, con alguna característica, quizás muy tímido, con una familia que lo prive en algún sentido. En el área rural se ve eso más que todo, en algunas poblaciones. Yo pienso que eso sería una barrera social de la población.
	Cochabamba y Quillacollo	Los CS están en comunidades donde todos conocen su funcionamiento, igual en la OTB, esto dificulta el acceso a MAC, porque los AJ piensan que su familiar se va a enterar y que van a contar a otros, así que no van aunque estén enfermos.
	Sucre y Zudáñez	El personal de salud aún es adultocentrista, no está capacitado, a diferencia de los que trabajan en centros AIDAJ certificados que son comprometidos con los y las AJ.

Profesores	El Alto	Solo existe un centro AIDAJ en Cosmos 79.
	Patacamaya	No hay conocimiento de lo que es un centro AIDAJ.
	Sucre	Si conocen centros AIDAJ, se trabaja en coordinación con redes.
Padres y madres	El Alto y Patacamaya	Están de acuerdo en que AJ reciban información sobre sexualidad, derechos sexuales, derechos reproductivos, violencia y MAC, a partir de los 10 años de edad, y que la información sea para ambos sexos sin distinción. Desconocen qué es un centro de salud AIDAJ.
	Cochabamba y Quillacollo	Los temas de la menstruación y el parto deberían estar dirigidos principalmente a las mujeres. En su mayoría desconocen qué es un centro AIDAJ y una minoría señala que asistió al CIES con sus hijos.
	Santa Cruz y El Torno	La mayoría de madres y padres entrevistadas/os conversan con sus hijos/as sobre SSySR. En algunos casos, los llevaron personalmente a CS. Conocen centros de salud como CIES y Marie Stopes.
	Sucre y Zudáñez	Se debe fortalecer la comunicación como base para la confianza y los nuevos aprendizajes, especialmente, en niñas y niños, para que crezcan más seguros. Desconocen qué es un centro de salud AIDAJ.
Adolescentes y jóvenes	El Alto	Asistieron a un centro AIDAJ (Huayna Potosí, perteneciente a CEMSE). Otros mencionan haber ido al CS San Francisco.
	Patacamaya	No han escuchado de centros AIDAJ.
Población LGBT	Nacional	No conocen lo que es AIDAJ.

Personal clave	El Alto y Patacamaya	Recibe capacitación en AIDAJ, en coordinación con el Ministerio de Salud y el UNFPA.
	Cochabamba y Quillacollo	Con el Ministerio de Salud, se han realizado actualizaciones para el personal del SEDES, y luego se aplicará en los CS identificados, que son 7 en el Cercado.
	Santa Cruz y El Torno	- Recibieron capacitación sobre el protocolo AIDAJ, vía Zoom, a través del programa Telesalud.
		- En el marco del continuo, el paso 1 y el paso 2 especifican cómo se atiende al adolescente, con base en la hoja sistematizada del continuo.
	Sucre y Zudáñez	Se están realizando talleres de atención diferenciada para CS y hospitales. La primera etapa es la sensibilización al personal.
FACTORES SOCIOCULTURALES		
Educadores	La Paz	Como se asume la salud en la población y el personal de salud, se cree que solo se debe ir enfermo al CS, es decir, se patologiza. Es una construcción social ir al CS porque estás enfermo.
	Patacamaya	En un gran porcentaje, los líderes y las lideresas de la red acuden a la medicina tradicional, si no hay mejora, recién van al centro de salud. Los adolescentes y jóvenes creen que son más fuertes y no se enferman. Si se enferman, ocurre rara vez y se recuperan pronto.
	Sucre y Zudáñez	La confidencialidad es una barrera, ya que los parientes de AJ trabajan en los CS y no se garantiza la confidencialidad.
	Santa Cruz y El torno	Una de las barreras principales es que el personal de salud considera que los y las AJ, por su edad, no necesitan atención; solo buscan daño físico, no ven las necesidades de AJ.
	Cochabamba y Quillacollo	No se les da la atención si no van con adultos, aunque esa adolescente ya sea madre.

Personal de salud	El Alto	Hay machismo. Un/a adolescente no puede ser atendido/a solo/a, se pide la presencia del adulto.
	Patacamaya	Los hombres se automedican o van a servicios privados. La medicina tradicional es usada por adultos mayores e inculcan eso mismo a AJ.
	Cochabamba y Quillacollo	El 5% de AJ acude a la medicina tradicional. El personal de salud no tiene conocimientos sobre la adolescencia y considera que hay libertinaje, entonces cree que dando MAC ya han cumplido con su labor. Se necesita hacer mayor énfasis en prevención.
	Santa Cruz y El Torno	El adolescente va cuando realmente está enfermo o sufre alguna dolencia, pero no para consultas de prevención, para buscar ayuda o para acceder a métodos anticonceptivos. Eso es lo que he podido observar: muy rara vez, los y las AJ van, y realmente en el caso extremo de que necesitan atención médica.
	Sucre y Zudáñez	El personal de salud aún es adultocentrista, con una visión paternalista.
Profesores	El Alto	Los y las estudiantes acuden al consejo de sus familias y se curan con hierbas en un 70%.
	Patacamaya	-Cuando las personas se enferman acuden al doctor, pero no en su totalidad, solo cuando hay urgencia.
		- El 70 % de la población recurre a la medicina tradicional, solo cuando está mal acuden al CS. Los y las AJ no asisten al CS; por su edad, sienten temor de que sus conocidos los vean, los discriminen y critiquen.
Adolescentes y jóvenes	El Alto	- En caso de resfríos, se opta por el descanso en casa. Se utilizan hierbas medicinales (eucalipto) y píldoras de la farmacia cuando no es grave.

Población LGBT	El Alto	Por cultura, se accede a la medicina tradicional y, cuando la salud está deteriorada, se acude al médico.
Población LGBT	El Alto	Por cultura, se accede a la medicina tradicional y, cuando la salud está deteriorada, se acude al médico.
Actores clave	Sucre	Por razones de estrés, se ve que se pierde la humanidad en el centro de salud. En mi caso, me llevaban a curanderos, en la familia siempre hay alguien que sabe de medicina y te dan lo que recomienda. Es con suerte que te toque un buen médico.
		El factor social influye en el embarazo adolescente. El origen del embarazo y el círculo de pobreza en el que entra el adolescente no se resuelven. No hay un trabajo coordinado entre sectores. Esta problemática ya se ha planteado en la mesa de trabajo del Ministerio de Justicia, es necesario que se trate de manera multisectorial, para hacer seguimiento a las políticas, y con las instancias relacionadas con factores sociales y económicos.
EDUCACIÓN		
Personal de salud	El Alto	Para el establecimiento de AIDAJ, se ha coordinado con la junta vecinal y se hacen campañas con instituciones como CIES y Marie Stopes.
	Patacamaya	No se realizan capacitaciones ni hay coordinación con UE.
	Sucre y Zudáñez	- Salud se ha articulado con educación. Los y las AJ están en nivel secundario, nuestras aliadas son las UE. Existe coordinación con la Distrital, hay involucramiento y compromiso de las autoridades.
		-Tenemos grupos juveniles, se identifican líderes en UE, no se los deja solos. El grupo debe ser sostenible y debe realizar capacitaciones cada gestión. Puesto que, luego del colegio, los y las AJ salen de las ciudades, se debe hacer seguimiento a las redes.

Profesores	El Alto	El currículo toma en cuenta, en casi todas las materias y el PSP (seminarios, cursos, escuelas de padres), sobre todo, la prevención de violencia. El contenido de sexualidad pertenece solo a Ciencias y Biología. Los contenidos que se dan son los mismos para hombres y mujeres. En ferias, se coordina con instituciones que refuerzan con material y capacitadores.
	Patacamaya	- En el currículo educativo están incluidos los temas de educación en sexualidad, planificación familiar, ITS, específicamente, en la materia de Biología y otras del área. Estos temas también se contemplan en el PSP.
		-Cuando se ven casos en las UE, se hace más énfasis en la información.
		-Existen acciones coordinadas con juntas escolares y estudiantes.
		-Se da información separada a hombres y mujeres, así se sienten más cómodos.
Padres y Madres	El Alto y Patacamaya	En el colegio, informan a AJ sobre SSySR, MAC y violencia.
	Sucre y Zudáñez	En los colegios, es necesario educar sobre sexualidad e incentivar a los y las jóvenes a que se hagan controles médicos y prevengan embarazos adolescentes.
	Cochabamba y Quillacollo	Se debe tener presupuesto en los municipios para informar, a través de redes sociales, sobre la sexualidad, los embarazos y el sida.
	Santa Cruz y El Torno	Hacen falta estrategias educativas para que AJ asistan a los centros de salud y tengan confianza en los profesionales, como, por ejemplo, ferias y talleres educativos.

Adolescentes y jóvenes	El Alto	- En la UE Huayna Potosí no se habla de sexualidad y los AJ no reciben información. Tampoco reciben información en la UE América 1. En la UE Mutual La Primera, AJ recibieron información en la materia de Biología, pero fue muy limitada.
		- En la red Tú decides se recibe mayor información. La información del colegio dependía del enfoque de la maestra.
Población LGBT	Sucre	- En la UE se estigmatizaba al gay, relacionándolo con ITS y VIH.
		-En mi caso, no recibí nada de información. El colegio era religioso. La información es carente y a medias, enseñan MAC para asustar, no para prevenir. Las ITS se imparten por encima, superficialmente, no enseñan a usar un preservativo.
FAMILIA		
Personal de salud	El Alto	-Los padres llevan a sus hijos/as AJ al CS para que los doctores hablen con ellos. También, el personal recomienda a los padres que informen a sus hijos/as sobre MAC.
		- Las personas creen que deben ir al CS cuando están enfermas. - Madres y padres se ciegan, no creen que sus hijos/as tengan un vida sexual activa.
		-No existe una actitud crítica de los padres respecto a que sus hijos/as vayan al CS.
		- En ciertas ocasiones, los padres reclaman a los doctores por hablarles sobre SSySR a sus hijos/as. Hay machismo.
		-Los y las AJ no piden permiso a sus padres para usar MAC, se sensibiliza a AJ para que decidan sobre su cuerpo.

Personal de salud	Patacamaya	Muchas veces las/os adolescentes dicen que no tienen permiso de sus padres para hacerse atender y se desaniman. Igual, el hospital atiende sin autorización.
	Sucre y Zudáñez	-Se trabaja con las juntas escolares. Muchos padres no están de acuerdo con tratar la SSySR, piensan que solo se habla de MAC, y que así se está motivando a los y las adolescentes a tener relaciones sexuales.
		-En el área rural se trabaja con autoridades y con padres. Se hace sensibilización utilizando datos, casos, historias reales, videos. Se trabaja también en violencia sexual, reflexionando a los padres.
		-Los padres ven como tabú la SSySR, pero los adolescentes tienen que estar empoderados.
Profesores	El Alto	- Los padres no están de acuerdo con que sus hijos/as reciban información, eso es un obstáculo. Ellos dicen: "Despiertan el interés, ¿quieren que nuestros hijos tengan sus hijos?"
		- Hay recelo de los padres de familia en que se enseñe estos temas a sus hijos dentro de la currícula. Permiten que sus hijos aprendan sobre sexualidad, pero están pendientes del contenido.
		- Critican y llaman la atención al maestro. En las familias, existen roles designados por sexos, los padres se molestan cuando se intenta informar sobre equidad de género. El 50% de los padres criticaría y preguntaría a su hijo/a por qué ha ido a un CS. El 40% de los alumnos tiene la posibilidad de participar de capacitaciones en SSySR y DSyDR.
	Patacamaya	-Existe aprobación de los padres para que sus hijos/as reciban información. -Se hace diferencia en la educación entre mujeres y hombres. La educación en las familias es machista.

Madres - padres	Cochabamba y Quillacollo	Existe apoyo para AJ en caso de requerir atención médica. Sin embargo, la mayoría no habló sobre SSySR con sus hijas/os; prefieren que lo haga un especialista o que lo hagan en su unidad educativa.
	Santa Cruz y El Torno	Hay apertura sobre la temática en los padres, pues la preocupación es el embarazo en adolescentes y los índices elevados de violencia. Por esta razón, madres y padres brindan información y están de acuerdo con que las y los adolescentes reciban información en su colegio.
	Sucre y Zudáñez	El acceso a los centros de salud no es frecuente, ya que no hay personal médico o no hay medicamentos.
	El Alto y Patacamaya	Se hace énfasis en la información que las madres y padres dan a sus hijas/os adolescentes y jóvenes.
Adolescentes y jóvenes	Patacamaya	-Han recibido información sobre MAC con sus padres, aunque existe mayor confianza con la madre y vergüenza con el padre.
		-No hay equidad en la familia, existe un trato preferencial a los hombres. Mientras se trabaja en la cocina, los chicos van a jugar o están en la computadora.
Población GLBT	Cochabamba	Mi padre sigue con las diferencias. Mi mamá es machista pero sí educó a mi hermano en las tareas de casa, así que no hay diferencias.
Actores clave	La Paz SEDES	Durante las capacitaciones al personal de salud, se indica cómo se debe hacer la atención. Se forman grupos de jóvenes para que ellos sepan que no necesitan ninguna autorización ("mujeres no pidan autorización a sus parejas") y así se empodera a las adolescentes.

Fuente: Elaboración propia

Barreras Secundarias

Tabla 14
ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

ACTORES	MUNICIPIO	PERCEPCIÓN
Educadores	El Alto	- Por la pandemia de la Covid-19, no hubo atención diferenciada a AJ. Los líderes fueron verificando en los CS.
		- Recién se está retomando la atención en SSySR a AJ. Existe coordinación con SERES, Red Senkata y Red Corea para realizar acciones de promoción para la participación de redes de AJ.
	Zudáñez	No hay recursos para hacer publicidad, todo se enfoca en la Covid-19. No hay insumos MAC, el personal no está sensibilizado y los recursos son limitados por el Covid-19.
Personal de salud	El Alto	- Una barrera es la articulación de los servicios. No hay compromiso del personal de salud. Faltan recursos económicos para capacitación del personal.
		- La pandemia por Covid-19 ha generado burnout en el personal de salud. No se ocupan del personal de salud, solo les dan barbijos.
		- A partir de la Covid-19, existe una barrera para que los y las adolescentes entren al CS mediante triaje y por el SUS, de lo contrario no ingresan.
	Patacamaya	- No existen recursos humanos ni económicos para cubrir las necesidades de AJ.
		- A partir de la pandemia, el 30% de AJ se ha encerrado más y no asiste al CS.
	Santa Cruz y El Torno	-No tenemos centros AIDAJ exclusivamente, porque no tenemos infraestructura específica.
		-No hay atención específica a población GLBT.
		-Los servicios durante todo este tiempo han estado orientados a la atención de la pandemia.
		-Los adolescentes no van a consultar sobre MAC.
		- La infraestructura es una barrera. No hay espacio, los espacios están ocupados en su totalidad.

Personal de salud	Cochabamba y Quillacollo	- Existen barreras municipales, de infraestructura y de financiamiento. No hay ambientes adecuados ni equipamiento. Falta personal médico; no se puede tener un personal específico para adolescentes, por los ítems.
		- Se requiere mayor publicidad para llegar a más AJ, y coordinación intersectorial en todos los niveles.
	Sucre y Zudáñez	- Los centros AIDAJ requieren un lugar exclusivo y personal exclusivo. Hay mucha rotación de personal.
		-Todo el personal debe estar capacitado y sensibilizado.
		- Por la pandemia, las actividades fueron vía Zoom, y no todos entran, acceden y participan.
Profesores	El Alto	Si antes había miedo y recelo, ahora hay más por las restricciones de la Covid-19, y no cuentan con el apoyo de sus padres.
	Patacamaya	- Existe mala información, se cree que se cobra a AJ; también hay vergüenza.
		- Hay miedo al qué dirán, ya que es un municipio pequeño donde todos se conocen.
Madres y padres	Cochabamba y Quillacollo	Se desconoce si existen centros de salud para nuestros hijos; no los promocionan o son escasos.
	Santa Cruz y El Torno	Las distancias son un impedimento para que los y las adolescentes asistan a los centros de salud, y no hay medicamentos. Van en vano. Por eso es mejor ir directamente a una farmacia.
	Sucre y Zudáñez	A veces no es fácil ir a un hospital o establecimiento de salud porque no hay tiempo y porque los médicos no atienden bien.
	El Alto y Patacamaya	No hay mucho personal médico que atienda a jóvenes y con la pandemia ha sido peor, porque se han enfermado o se han muerto. El acceso es más difícil porque además hay miedo al contagio por Covid-19.

Adolescentes y jóvenes	El Alto	-No conocen ningún centro AIDAJ ni saben dónde está ubicado. Es necesario hacer una información masiva y hacer campañas para AJ.
		-Con la pandemia se ha cortado la atención a AJ, no había dónde recibir información. Ahora hay difusión por las redes sociales (cartillas, reuniones, WhatsApp, Facebook).
		-Se requiere cambiar desde recepción hasta infraestructura. El personal no te trata como paciente, sino de forma superficial y despectiva.
	Patacamaya	No conocen ningún centro AIDAJ. Ofrecen sugerencias para los centros AIDAJ (compartir información, entregar folletos, atender con confidencialidad, brindar un trato comprensivo, limpieza).
Población LGBT	Cochabamba y Quillacollo	-No hay conocimiento sobre AIDAJ.
	Santa Cruz y El Torno	- Es necesario que haya publicidad en redes sociales.
	Sucre y Zudáñez	- Debería haber más información sobre centros AIDAJ: qué son, para qué, quiénes pueden acudir.
	El Alto y Patacamaya	-Es necesario difundir información sobre AIDAJ y actualizar la información de las direcciones de los centros de referencia.
		-Con la pandemia, la atención ha cambiado. Si no es por Covid-19, no atienden. No había acceso a la atención médica al inicio de la pandemia, más que ahora.
Actores clave	Nacional (Ministerio de Salud)	- En el 2020 se cortó la atención a AJ. Desde agosto se logró hacer campañas para que los servicios compren MAC.
		- Hay un plan de continuidad de servicios de SSySR, se entregan MAC y se están realizando capacitaciones. - En el 2020, hubo modificaciones en la asignación de recursos a los AIDAJ para personal, recursos e infraestructura.
		- Muchos centros AIDAJ se han cerrado y el personal fue a atender Covid-19.
		- Recién se retoma la atención a AJ en febrero del 2021.
		-La atención ha sido vía virtual, por WhatsApp.
		- Actualmente hay 25 centros AIDAJS certificados y 175 en proceso. Se ha trabajado más en capacitación, ya que la infraestructura limita la implementación.
		-Para difundir información se está elaborando una plataforma de referencia de SSySR.

LEGISLACIÓN		
Educadores	Santa Cruz y El Torno	- El Protocolo de Atención del 2013 indica que cada servicio de salud debe brindar atención diferenciada a AJ.
		- Se pretende emitir una normativa para la acreditación de centros AIDAJ.
	Sucre y Zudáñez	La Guía Nacional de Atención, la Ley de la Juventud, el Código del Niño, niña y adolescente (Ley 548).
Personal de salud	El Alto	La Ley 548 y la Ley 348.
Profesores	El Alto	-El CNNA y la Ley contra la Violencia.
		-Capacitación sobre planificación familiar, DSyDR y prevención de la violencia en el CIES.
Adolescentes y Jóvenes	El Alto	- La CPE (arts.40 y 66), la Ley 348 y la Ley de Juventud.
		- Participación en la red Tú decides y en charlas sobre DSyDR en CIES.
	Patacamaya	-El CNNA (Ley 548) y la Ley de Juventudes.
		- Ninguna ley específica sobre DSyDR.
Población LGBT	Nacional	- Asistencia a charlas sobre DSyDR.
		- La Ley de Juventudes menciona y aborda los DSyDR.
		-La Ley de Identidad de Género en caso trans, el CNNA y la Ley de Juventudes.
Padres y madres	Cochabamba y Quillacollo	La mayoría desconoce las normativas relacionadas con los DSyDR. Una minoría menciona la Ley 348.
	Santa Cruz y El Torno	
	Sucre y Zudáñez	
	El Alto y Patacamaya	
Actores clave	Nacional (Ministerio de Salud)	En caso de violencia, es necesario el trabajo intersectorial y el fortalecimiento de la justicia.

Fuente: Elaboración propia

VII. CONCLUSIONES GENERALES

Siguiendo los objetivos del estudio, las conclusiones se centran en las barreras primarias y secundarias que encuentran las y los adolescentes y jóvenes para el acceso a los centros AIDAJ y los servicios de salud sexual y salud reproductiva. En la prestación de servicios de SSySR para adolescentes y jóvenes, las barreras más reportadas se relacionan con factores asociados al entorno sociocultural de las y los adolescentes y jóvenes y de las y los proveedoras/es de servicios; a la provisión de servicios, y a las decisiones políticas y administrativas en las que se enmarcan dichos servicios.

Las múltiples barreras a las que se enfrentan los y las AJ en el acceso a los servicios AIDAJ y de SSySR fueron agrupadas en seis subcategorías para una mejor comprensión:

Barreras primarias:

1. Barreras relacionadas con las creencias de AJ sobre los servicios de salud y creencias personales
2. Barreras relacionadas con el personal de salud y sus creencias
3. Barreras relacionadas con la familia y la sociedad que rodea a AJ
4. Barreras secundarias:
5. Barreras relacionadas con la atención en el centro de salud
6. Barreras relacionadas con la Covid-19
7. Barreras estructurales

Barreras primarias

1. Barreras relacionadas con las creencias de AJ sobre el acceso a los servicios de salud y creencias personales

La población adolescente y joven tiene una *percepción de la salud diferente a*

la del adulto. La mayoría de AJ asiste solo a servicios de salud cuando están enfermos y, según mencionan, cuando es grave. En el estudio efectuado, el 53.3% de AJ no asistieron a algún CS para consultar sobre SSySR porque consideran que "no lo necesitaron". Muchos AJ relacionan esta necesidad de atención con el inicio de la vida sexual, existe la creencia de que los servicios de SSySR son pertinentes solamente cuando se ha iniciado la actividad sexual y no como un espacio que puede ser utilizado por ellas/os como lugares apropiados para recibir orientación y consejería. Otra característica de esta población es la percepción de ser invulnerables: "a mí no me va a pasar".

El miedo y la vergüenza son dos elementos que actúan como importantes barreras que enfrentan AJ para acudir a los servicios de salud. Muchas mujeres y hombres jóvenes tienen vergüenza y/o miedo de revelar que mantienen relaciones sexuales; otros experimentan incomodidad al hablar sobre temas de sexualidad.

La vergüenza a exhibir aspectos de su vida personal y su intimidad, reconocer ante un adulto que han iniciado su vida sexual o que los adultos piensen que la han iniciado es un sentimiento muy común entre las y los adolescentes. Detrás del miedo, está el mismo patrón cultural que subyace al sentimiento de vergüenza: la prohibición social de la vida sexual activa para adolescentes, presente en algunos municipios con más fuerza que en otros. Según los educadores del CIES, los prejuicios imposibilitan que AJ asistan a CS: "en los municipios todo se conocen y a los y las AJ les da vergüenza que los vean, que sepan que tienen una ITS, que el personal de salud se entere".

El temor a la discriminación también se convierte en una barrera. Sentirse discriminados por sus propios pares al saber que asisten a estos servicios y ser discriminados por su edad en los centros de salud son temores muy comunes en AJ. Al respecto, algunas mujeres adolescentes refirieron lo siguiente:

> ... Fuimos discriminadas en un CS al preguntar sobre los condones femeninos. Teníamos miedo, pero fuimos, y las enfermeras nos miraron con reproche y nos dijeron que esa información era para mayores de 18 y no nos dieron la información.

Esta es una barrera a la que se enfrentan los y las AJ de diferentes municipios cuando consultan en los CS, ya que el personal de salud teme represalias

por parte de las madres o los padres si les brindan atención sin consentimiento por ser menores de edad. Si bien no existe una normativa que solicite la compañía de una persona adulta para la atención de un/a AJ menor de 18 años, aproximadamente el 70% de las personas entrevistadas afirman que tuvieron esta experiencia en la atención médica.

"Los adolescentes y jóvenes hombres consultan menos que las mujeres, por miedo y vergüenza de "consultar". Este sentimiento es exclusivamente masculino y explica la desmotivación por consultar, pues se sienten avergonzados de reconocer que no conocen sobre esos temas o tienen la falsa percepción de que ya poseen toda la información necesaria."

Los adolescentes y jóvenes hombres consultan menos que las mujeres, por miedo y vergüenza de "consultar". Este sentimiento es exclusivamente masculino y explica la desmotivación por consultar, pues se sienten avergonzados de reconocer que no conocen sobre esos temas o tienen la falsa percepción de que ya poseen toda la información necesaria. Asimismo, los hombres que consultan sufren burlas y cuestionamientos de sus pares. El director del Hospital Patacamaya refiere la siguiente experiencia: "Había varios premilitares esperando para su evaluación médica, algunos empezaron a recibir información sobre MAC mientras esperaban, sus amigos se burlaron de ellos y los avergonzaron, provocando que los adolescentes ya no hicieran más preguntas".

La población LGBTIQ+ sufre discriminación a la hora de acceder a un servicio de salud cuando revela su orientación sexual (Jaime, 2013). Es por esto que, en muchos casos, esta población oculta este hecho cuando se encuentra en una consulta médica, dato que fue referido por las/los participantes del grupo focal:

> ... Raras veces uno dice su orientación sexual y eso es porque el médico que nos atiende no nos da la confianza para hablar o ya vemos expresiones de rechazo y es preferible callarlo.

> ... Ni loco le digo que soy *gay*, eso es permitir que se hagan la burla de uno o, ni bien salga del consultorio, todos se enteran.

Los servicios de salud están estructurados para la atención a la población heterosexual, pese a la premisa de que la salud es para todos. Por tanto, existen factores que obstaculizan los servicios desde una perspectiva integral para la población LGBTIQ+. Es necesario contar con personal sensibilizado en diversidades sexuales y genéricas; personal capacitado para resolver dudas sobre terapias hormonales y cambio de sexo; dotación de insumos, como lubricantes; atención en salud mental y otros.

Es necesario establecer y aplicar lineamientos para las/los prestadores de salud, en los diferentes niveles de atención, de modo que brinden servicios médicos integrales, asegurando el respeto a los derechos humanos, de género y equidad, y con calidad para personas LGBTIQ+. Los centros de salud deben ser espacios seguros, libres de estigma y discriminación. En este sentido, el Ministerio de Salud se encuentra en proceso de elaboración de la *Norma nacional de atención clínica* para las personas de las diversidades sexuales, la cual contempla una guía de habilidades y competencias en el personal de salud para atender a la población LGBTIQ+ sin discriminación. Por supuesto, su diseño e implementación representan un reto.

La confidencialidad y la privacidad también se convierten en barreras, pues el temor de ser reconocida/o en la sala de espera común es un aspecto que se ha mencionado en diversos contextos. En las salas de espera, se encuentran mujeres adultas, adolescentes y jóvenes, que se reconocen y saludan con familiaridad, y existe la preocupación de que se comunique a sus padres que las vieron en el CS.

Entre las y los adolescentes y jóvenes, hay un consenso casi generalizado respecto a la importancia de la confidencialidad y la privacidad. Un adolescente manifiesta sentir desconfianza sobre la confidencialidad: “pueden contar lo que dices”. Un educador de Zudáñez concuerda con los y las AJ en que se requiere confidencialidad en los CS: “la confidencialidad es una barrera, ya que los parientes de los y las AJ trabajan en CS y no se garantiza la confidencialidad”. Una educadora del CIES refiere algo similar en El Torno: “las y los AJ se encuentran en la sala de espera con sus familiares, que preguntan qué hacen en la fila de control prenatal o por qué están en el CS”.

Con base en las percepciones de los y las AJ, se puede inferir que existe un punto común en los municipios rurales de intervención y es que, al tener un contexto social más reducido y una población pequeña, la probabilidad de tener un familiar, un amigo o un conocido trabajando en un centro de salud es mayor. Esto obstaculiza la confidencialidad y la privacidad a la hora de acceder a un servicio de salud.

2. Barreras relacionadas con el personal de salud y sus creencias

Con relación a las creencias y actitudes de las y los profesionales de salud hacia los y las AJ, también podemos encontrar algunas barreras: el personal de salud considera que los y las AJ, por su ciclo evolutivo, no requieren atención; se sigue abordando la salud desde un punto de vista curativo; la atención no es integral, y se realizan pocas actividades de información y prevención.

Sobre este punto, una educadora del CIES manifiesta lo siguiente: “Una de las barreras principales es que el personal de salud considera que los y las AJ, por su edad, no necesitan atención; buscan daño físico, no ven las necesidades de AJ”. Este pensamiento adultocentrista se observa en el personal que no ha sido capacitado en atención diferenciada a adolescentes y desconoce las necesidades particulares de las y los adolescentes en SSySR. En Santa Cruz, se mencionó que “cuando llega un adolescente a consulta, no se lo quiere atender, se lo pasan entre los médicos”.

Para que un/a adolescente acuda a un CS, primero debe vencer sus barreras personales para luego encontrarse con las barreras que pone el personal de salud. Al respecto, el responsable de Monitoreo de Proyectos de CIES indica que la asistencia a un CS es parte de una construcción social: "Como la salud se asume, desde la población hasta el personal de salud, se cree que se debe ir enfermo, es decir, se patologiza, ir al CS porque estás enfermo es una construcción social". Se considera importante hacer mayor énfasis en los servicios de promoción de la salud en la población en general, priorizando la atención a AJ, para garantizar su acceso a la salud. Se debe brindar mayor información sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, ITS, VIH, prevención de embarazos en adolescentes, prevención de violencia, etc., ya sea a través de servicios de orientación y/o consejería o durante la misma consulta médica requerida.

"Se dice a los y las AJ que se cuiden, pero cuando acuden al CS no se les da atención porque no van con adultos, aunque esa adolescente ya sea madre no se la atiende, eso se relaciona también con el costo del servicio."

Otra barrera importante que se encontró en el personal de salud de la mayoría de los municipios es que se pide a las y los adolescentes que vayan acompañados de un adulto para recibir atención. Un educador del CIES indico lo siguiente: "Se dice a los y las AJ que se cuiden, pero cuando acuden al CS no se les da atención porque no van con adultos, aunque esa adolescente ya sea madre no se la atiende, eso se relaciona también con el costo del servicio". Las y los AJ corroboran que no reciben atención por ser menores de edad y no acudir con sus padres: "En otro CS, los doctores te miran mal cuando pides información sobre MAC". Otra adolescente también recibió rechazo al querer información por ser menor de edad.

Estas experiencias nos muestran que, a pesar de que décadas de estudios han demostrado que asegurar la confidencialidad aumenta la probabilidad de que un/a adolescente reciba la atención necesaria, los profesionales en salud consideran que por ser menores de edad deben asistir con sus padres. El personal médico tiene miedo a tener problemas legales si atiende a un menor de edad sin autorización. Solicitar la autorización y/o la presencia de los padres en

la consulta genera resistencia en los y las AJ, lo cual se convierte en otro factor de pérdida de adolescentes, pues en muchos casos no están dispuestos/as a compartir con los adultos (ya sea padres, madres o apoderados/as) las razones que motivan su consulta.

Un estudio del *Journal of Adolescent Health* del 2007 sugiere que, si las restricciones a la confidencialidad aumentan, el uso de servicios de SSySR para las y los adolescentes que más lo necesitan puede disminuir. Para contrarrestar esta barrera el 2006, el Ministerio de Salud de Chile actualizó la normativa relacionada con la atención a AJ, para que los servicios de salud públicos estén autorizados a prescribir y proporcionar gratuitamente MAC a adolescentes mayores de 14 años, sin necesidad del consentimiento de sus padres ni la presencia de estos en la consulta.

La actitud de discriminación o reproche del personal de salud hacia AJ que consultan sobre MAC, por creer que ya han iniciado su vida sexual, también es otra barrera frecuente. Esta actitud inhibe a los y las AJ a consultar, particularmente a aquellos/as que son muy jóvenes, pues temen el estigma y la consiguiente sanción social por su temprano inicio en la vida sexual.

Es importante recordar que en la normativa nacional existe la *Guía nacional para la atención integral y diferenciada de adolescentes y j*óvenes, que hace énfasis en la forma de atención a adolescentes y jóvenes en los servicios de salud. Esta procedimiento contempla cinco aspectos: 1) el fortalecimiento de las habilidades del personal de salud para mejorar el diálogo con adolescentes y jóvenes durante la consulta; 2) la necesidad de mantener un registro de la atención que se realiza en esta población, que sirva para la toma de decisiones; 3) incentivar la promoción a través de actividades educativas e informativas, fuera del establecimiento; 4) lograr alianzas con las organizaciones de la comunidad, y 5) fortalecer el liderazgo juvenil, a través de la formación de pares. Asimismo, se cuenta con el *Manual de atención al continuo del curso de la vida*, que tiene la finalidad de apoyar el ejercicio pleno de los derechos humanos fundamentales y el derecho a la salud, en el marco de la Política nacional familiar comunitaria intercultural a niñas, niños, adolescentes, jóvenes y personas adultas.

Sin embargo, a pesar de la existencia de estas normativas, las y los profesionales en salud que atienden a adolescentes y jóvenes muchas veces no reciben capacitación específica o sensibilización para el abordaje de esta población. De

modo que no tienen conocimiento de las guías establecidas, que recomiendan la oferta de servicios diferenciados para las y los adolescentes, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos, con enfoque de género, generacional e intercultural.

Además de la capacitación en atención diferenciada a AJ, los valores y las creencias personales de los profesionales de la salud sobre la sexualidad también afectan sus actitudes en su trabajo con adolescentes. A menudo, estos valores hacen que los y las AJ se sientan juzgados, avergonzados y atemorizados por la experiencia de atención. Al respecto, un adolescente señala lo siguiente: "no te tratan como paciente, sino de forma superficial y despectiva", y un educador comenta que "algunos servicios de salud no entienden que se debe dar prioridad a AJ y ponen barreras solicitando que tengan sus médicos y espacios propios". El personal del SEDES afirma que existen avances en este aspecto, a través de capacitaciones al personal: "recibieron capacitación sobre el protocolo AIDAJ, vía Zoom, a través del programa Telesalud. En el marco del continuo, el paso 1 y el paso 2 especifican cómo se atiende al adolescente". Sin embargo, se aprecia que estas capacitaciones, más allá de normativa y pasos de atención, requieren verdaderos procesos de sensibilización sobre adolescencia y juventud con una duración mayor a una sesión.

El personal de salud con más preparación y que ha recibido educación en sexualidad y reproducción de adolescentes tiene actitudes más amigables hacia la juventud, con respecto a quienes no han sido sensibilizados y que se limitan a trabajar sobre la contingencia del embarazo en mujeres adolescentes. La falta de capacitación y preparación en el trabajo con adolescentes favorece la reproducción de estigmatizaciones de parte de los equipos de salud sobre esta población: consideran que son un "problema", pues los asocian a prácticas y actitudes irresponsables y peligrosas. Al percibir esto, el/la adolescente opta por no acudir a los servicios a pesar de necesitarlos.

El personal de salud tampoco cuenta con capacitación para atender y satisfacer las necesidades particulares de hombres adolescentes y jóvenes. Aquellos profesionales que han tomado a su cargo el trabajo con hombres lo han hecho por iniciativa propia. Respecto a este punto, el director del Centro San Francisco, Dr. Gustavo Flores, indica que él trabaja en el tema de masculinidades con adolescentes y jóvenes. El cuidado de la salud es visto por los hombres adolescentes y jóvenes como un tema propio de mujeres y su mundo privado. Sienten

que los centros de salud no son espacios para hombres y que acceder a ellos pone en juego su masculinidad.

Asociada a la poca capacitación y sensibilización del personal de salud sobre atención al adolescente, está la alta rotación de personal en los centros de salud, que genera vacíos en la atención. Además, es necesario capacitar continuamente al personal, lo cual no siempre se realiza. Este problema es identificado por responsables del SEDES:

"se requiere capacitación y sensibilización con el personal de salud, y procesos vivenciales y reflexivos para el trabajo con adolescentes. No hay compromiso del personal de salud"

> ... Una falencia es el recurso humano […]. Hay algunos establecimientos en los que, en algún momento, se ha cortado la contratación de recursos humanos desde los municipios. Una vez que se termina el contrato, se descontinúa la atención. Entonces, hay que reestructurar o buscar otro personal para brindar esta atención. Algunos centros sí han tenido el equipo de psicología, odontología y enfermería exclusivo para adolescentes, pero cuando ya se pierde este contrato, queda un espacio vacío. Esa es una falencia que hay que solucionar con los gobiernos municipales, para que también conozcan la importancia de dar este servicio.

Estudios a nivel mundial han demostrado que muchas/os profesionales que atienden adolescentes sienten que les falta la capacitación adecuada para proveer un mejor servicio a este grupo etario. Muchas/os han mencionado sentirse incómodas/os y sin la capacidad requerida para satisfacer adecuadamente las necesidades de sus pacientes adolescentes. La escasa capacitación en este tema también repercute en el compromiso del personal de salud con AJ. Al respecto, el Dr. Gustavo Flores, director del centro de salud San Francisco y uno de los pioneros en la elaboración de protocolos de atención diferenciada al adolescente en Bolivia, afirma que "se requiere capacitación y sensibilización con el personal de salud, y procesos vivenciales y reflexivos para el trabajo con adolescentes. No hay compromiso del personal de salud". Además, menciona experiencias de trabajo de personal de salud en la comunidad y explica cómo estas prácticas podrían lograr un mayor impacto para los centros AIDAJ: "El programa Mi Salud, mediante consultorios vecinales, trabaja con 3000 perso-

nas en los barrios alejados. Siete doctores de este programa se han capacitado en AIDAJ y trabajan directamente con adolescentes y padres, su intervención es con la comunidad donde se necesita mayor apoyo en SSySR".

En América Latina se ha demostrado que la mayoría de las y los médicos dicen tener poco conocimiento y práctica en los temas de salud sexual y salud reproductiva de adolescentes. La falta de capacitación de quienes atienden a adolescentes y jóvenes puede generar incomunicación o errores en la información que se transmite, además de que el personal de salud mantiene sus prejuicios y estereotipos sobre la adolescencia. En Argentina se detectó que AJ recibían una mejor atención en los lugares especializados en adolescentes que en aquellos dedicados a la atención de la salud reproductiva general (Kostrzewa, 2008).

En Chuquisaca se tienen algunas experiencias exitosas, pues el personal de salud está comprometido con la población, a través de procesos de capacitación y sensibilización por etapas. Así lo afirma la responsable de Salud Sexual y Reproductiva:

> ... Se están realizando talleres de atención diferenciada dirigidos a centros de salud y hospitales. La primera etapa es la sensibilización al personal: se debe recibir de buena manera a AJ, tanto el personal de salud como el administrativo. La segunda fase es la capacitación del personal seleccionado. Para generar compromiso no se requiere solo una actividad […]. El personal en los municipios ya conoce al adolescente y sabe qué necesita y de qué quiere conversar. Aunque venga con un problema, sabemos su verdadera necesidad, esto denota un involucramiento real del profesional de salud con los y las AJ.

3. Barreras relacionadas con la familia y la sociedad que rodea a AJ

Es importante mencionar que, un gran porcentaje de madres y padres está de acuerdo con que sus hijas/os reciban información y permite que vayan a reuniones de las redes. Esto se debe a que ha habido un trabajo previo de los médicos de los consultorios vecinales con las madres y los padres. Estos profesionales han visto crecer a las/los adolescentes desde que eran niñas/os, con base en esa confianza es que los padres y madres llevan a sus hijas/os a los consultorios, para que reciban información de los profesionales en SSySR, refiere la doctora del programa Mi Salud. En Sucre, para evitar que madres y

padres pongan una barrera en la información que reciben sus hijas/os sobre SSySR, el SEDES trabaja en coordinación con las juntas escolares, y sensibiliza a los padres para que sus hijas/os accedan a información y a los servicios de los CS.

Del total de madres y padres de familia encuestadas/os, el 91% mencionó que en su familia hubo experiencias de embarazo adolescente, y el 9% respondió que no. En este sentido, una madre del municipio de Quillacollo refiere lo siguiente:

> ... Para evitar un embarazo en adolescentes es importante conocer los métodos anticonceptivos, pero sobre todo dar confianza a los hijos para hablar en familia y que no se hagan las cosas a escondidas de los padres. Aunque uno a veces reniegue, siempre habrá solución, pero es importante apoyar a los hijos en este caso y no botarlos de la casa como ocurre en otras familias.

Es evidente que existe una demanda, de parte de las madres y los padres de familia, por el fortalecimiento del personal médico de los centros de salud y la implementación de centros de atención integral diferenciada para adolescentes, que cuenten con las características necesarias para mejorar la salud de sus hijas e hijos. De este modo, se lograría también mejorar las perspectivas y proyectos de vida de las y los AJ.

A pesar de que se registra un porcentaje de madres y padres que aún no aceptan que sus hijas e hijos reciban información sobre SSySR, existe otro porcentaje importante que demanda mayor y mejor atención médica en sus municipios, a fin de evitar embarazos en adolescentes y/o situaciones de violencia. Asimismo, estos padres y madres demandan personal médico sensibilizado y permanente en los centros de salud, pues la rotación de personal de salud es alta y se convierte en un obstáculo cuando un/a AJ asiste al centro de salud y no encuentra el personal médico idóneo para su atención. Esto se considera, además, un factor importante para que sus hijas/hijos reciban información y para que se garantice su acceso a la salud.

En algunos casos, las familias y las redes de apoyo de las y los adolescentes presentan resistencias para que estas/os accedan a los servicios de salud. Por un lado, existe la percepción de que los temas de educación sexual son de

responsabilidad de los colegios y no del sector salud; por otro, las madres y padres de familia están en contra de que sus hijas/os reciban educación en sexualidad, argumentando que con eso "se les abre los ojos". Los profesores comentan al respecto: "los padres no están de acuerdo en que sus hijas/os reciban información, ese es un obstáculo, pues nos dicen: 'despiertan el interés, ¿quieren que nuestros hijos tengan sus hijos?'". En ciertos distritos de El Alto, las y los maestros son criticados por los padres, que además les llaman la atención. Los profesionales de salud de algunos centros también indican recibir críticas de parte de la familia. "La sociedad critica también al personal de salud. Dicen: 'están impulsando a que AJ tengan relaciones sexuales, tengan libertinaje sexual', cuando los centros de salud dan información científica y fortalecen a AJ", afirma el director médico de Marie Stopes.

"existe la percepción de que los temas de educación sexual son de responsabilidad de los colegios y no del sector salud; por otro, las madres y padres de familia están en contra de que sus hijas/os reciban educación en sexualidad, argumentando que con eso 'se les abre los ojos'".

Las madres y padres, en muchos casos, se niegan a aceptar que sus hijas/os son personas sexualmente activas, y se resisten a tener conversaciones sobre el tema. Esto lleva a la invisibilización de esta realidad, de modo que la sexualidad de las y los AJ se convierte en un tema tabú, silenciado. De la mano de lo anterior, muchas/os adolescentes y jóvenes se niegan a que sus madres y padres sepan que son personas sexualmente activas, lo cual los y las aleja de los centros de salud. A propósito, una doctora del programa Mi Salud nos comenta: "Durante las campañas de MAC, en colocación de implantes, las adolescentes se registran para recibir el método, pero nos piden que sus padres no se enteren".

Se identifica, entonces, la necesidad de contar con estrategias de promoción y comunicación compatibles con cada población y contexto, ya que las y los adolescentes reciben poca educación sexual o información sobre métodos anticonceptivos en sus familias, en sus unidades educativas o en los propios

servicios de salud. De tal manera que el internet y las/os amigas/os se convierten en el mayor referente de información, que no cuentan con información fidedigna, correcta ni científica, en un gran porcentaje.

Otra barrera identificada en el acceso a centros AIDAJ es que, culturalmente, la población acude a servicios de salud como la última opción. Tanto AJ como sus padres y familias tienden a hacer uso de la medicina tradicional. Según los registros del RUDE, en las unidades educativas de El Alto, el 60% de la población recurre a mates y hierbas para curarse; como segunda opción, van a la farmacia y se automedican; y solo al final, si la salud empeora, acuden a los servicios de salud. Adolescentes y jóvenes comentan: "Mi mamá va más a la medicina tradicional, se usan plantas en mi familia, y por cultura se accede a la tradicional. Ya cuando la salud está deteriorada, se acude al médico". La población también tiene la percepción de que el sector médico está deshumanizado debido a su labor.

Barreras secundarias

1. Barreras relacionadas con la atención en el centro de salud

Las barreras relacionadas con la atención brindada a las y los AJ en los centros de salud son la falta de difusión sobre los servicios para AJ; la falta de enfoque de género en la atención; el extenso tiempo de espera para la atención; la escasa dotación de MAC; el costo de los servicios; la infraestructura inadecuada y el poco personal de salud disponible para la atención de AJ.

Posiblemente, una de las barreras más importantes en el uso de servicios de SSySR de parte de adolescentes y jóvenes es la falta de información o la mala información que se brinda sobre estos servicios. El 67% de AJ del estudio reportó que desconoce qué es un centro AIDAJ y que existen servicios destinados a la adolescencia y juventud. Una investigación realizada en Bolivia, *Use of Reproductive Health Services in Three Bolivian Cities*, ha demostrado que muchos adolescentes, particularmente los hombres, muestran falta de conocimiento sobre los servicios de salud públicos disponibles o tienen confusión sobre si ellos tienen derecho a acceder a esos programas. Tanto la falta de conocimiento como la confusión se convierten en barreras de acceso a los servicios de SSySR (Pathfinder International, 2000).

La mayoría de adolescentes y jóvenes desconocen la existencia de los servicios para su grupo etario y/o de las actividades pertinentes que se ofrecen para ellas y ellos. En el grupo focal LGTB, los AJ mencionaron que conocían "solo el CIES y uno que había en Tarija". La red de jóvenes Tú decides de El Alto afirma que existe un solo centro AIDAJ en ese municipio: "es el centro de salud San Francisco, allí realizan orientaciones y reuniones los jueves, como red. Antes había un centro AIDAJ del CEMSE al que asistían AJ, pero ya no hay".

"Si bien el 90% de los CS encuestados afirma que brindan MAC a adolescentes y jóvenes, el desconocimiento de estos servicios impide que acuden para solicitarlos y prevenir embarazos."

La escasa promoción y difusión de servicios de salud para las y los adolescentes y jóvenes es un obstáculo para el acceso a los CS, para recibir información sobre SSySR o solicitar una consulta médica. El temor y el sentimiento de vergüenza de hablar con sus padres y madres constituye otra barrera. Existe un bajo porcentaje de AJ que afirma que la comunicación que hay en su familia permite un diálogo amigable sobre temas de salud sexual y salud reproductiva. También se ha visto que los principales informantes de las y los adolescentes son sus propios pares, sus profesores y amigos. Además, la tecnología y el internet se ha convertido en un instrumento importante para la búsqueda de información, que en muchos casos resulta práctico en cuanto a tiempo y recursos, pero se corre el riesgo de que la información no sea la correcta.

Las y los adolescentes no van a consultar sobre MAC a los CS. Sobre este asunto, la responsable del SEDES Santa Cruz refiere: "No he visto que vayan y nuestras coberturas también son bajas […]. Los adolescentes no van por prevención". Según la percepción del personal de salud y de los educadores, las y los AJ acuden a los servicios de salud solo para su control prenatal. Una educadora de Santa Cruz indica que "a los AJ no les gusta esperar y llegan solo cuando ya están embarazadas". Si bien el 90% de los CS encuestados afirma que brindan MAC a adolescentes y jóvenes, el desconocimiento de estos servicios impide que acuden para solicitarlos y prevenir embarazos.

"No tenemos centros AIDAJ exclusivamente porque no tenemos infraestructuras específicas, se atienden todos los servicios de salud de forma integral en el marco del continuo de la atención. "

Otra gran barrera en los servicios de salud, no solo en el caso de adolescentes y jóvenes, sino en todo el sistema de salud boliviano, es el tiempo de espera para la atención en los servicios públicos y privados. Sin embargo, ese tiempo es mayor en el sector público, pues puede durar horas. Al respecto, las y los AJ indican que la principal razón por la que no volverían al centro de salud es porque deben esperar mucho para la atención. En Santa Cruz, la educadora del CIES señala que "para minimizar las barreras se comparte información en redes sociales y se programan consultas por medios digitales; muchos profesores líderes acompañan a los y las AJ para que vayan a realizar consultas". Ser acompañados/as por un profesor sensibilizado aumenta la oportunidad de los y las AJ para recibir atención o algún otro tipo de información. El escaso recurso humano también incide en el tiempo de espera. El Ministerio de Salud y el SEDES reconocen que no hay personal exclusivo destinado para la atención de AJ. En este sentido, vemos que un factor que contribuye a que la población joven acuda a un CS es contar con profesores/as sensibilizados/as y comprometidos/as con la salud sexual y salud reproductiva.

Respecto de la infraestructura, la mayoría de los CS no cuenta con espacios privados para AJ, y generalmente deben compartir el espacio con el resto de la población usuaria. Esto hace que, en los municipios pequeños, la sala de espera sea un lugar de encuentro entre vecinas/os, amigas/os y familiares; lo cual deja en evidencia al o la adolescente que consulta por temas relacionados con su salud sexual y reproductiva. El personal del SEDES Santa Cruz indica lo siguiente:

> ... No tenemos centros AIDAJ exclusivamente porque no tenemos infraestructuras específicas, se atienden todos los servicios de salud de forma integral en el marco del continuo de la atención. No hay espacio, los espacios están ocupados en su totalidad, y no se ha hecho uno que sea para adolescentes. En algunos municipios, han adecuado el espacio, así como el CIES, que tiene su rincón juvenil.

Un panorama similar se observa en El Alto, donde los servicios de salud no cuentan con la infraestructura necesaria para brindar una atención diferenciada.

"Según el personal de salud, no cuentan con MAC para dotar a las y los AJ. Cuando tienen insumos, los entregan a la población. En ciertos casos, se realizan campañas con otras instituciones que puedan dotar de insumos."

Vinculada a la barrera de infraestructura, se identifica otra que tiene que ver con los horarios de atención que los centros de salud ofrecen a adolescentes y jóvenes. Una educadora del CIES Santa Cruz señala que "a los AJ no les gusta esperar, en los CS se dejan las últimas fichas para su atención". En los centros de salud que no cuentan con la atención diferenciada, los y las adolescentes y jóvenes deben compartir los horarios y el espacio con el resto de la población usuaria, lo cual genera los problemas ya descritos. No contar con un horario especial de atención para adolescentes y jóvenes es una barrera de acceso para los y las estudiantes (el horario de atención de los centros de salud coincide con el horario escolar) y para aquellas/os que trabajan.

La inexistencia de insumos en los CS representa otra barrera. Algunos centros cuentan con donaciones y otros no. Según el personal de salud, no cuentan con MAC para dotar a las y los AJ. Cuando tienen insumos, los entregan a la población. En ciertos casos, se realizan campañas con otras instituciones que puedan dotar de insumos. El panorama que presentan los SEDES es diferente: indican que los municipios y las direcciones de establecimientos de todo el sistema público hacen a inicios de año su POA y proyectan cuánto dinero van a necesitar de acuerdo a la población que atienden. También afirman que se han gestionado donaciones con organizaciones para dotar métodos anticonceptivos a los establecimientos que trabajan como centros AIDAJ.

Respecto a la asignación presupuestaria, el SEDES señala que es responsabilidad de los gobiernos municipales asignar presupuesto específico para la atención a AJ, pero que las autoridades no lo ven como prioridad y por lo que hace falta mayor coordinación entre sectores. De acuerdo a la responsable de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Ministerio de Salud, Dra. Mariela Becerra, du-

rante el segundo semestre de la gestión 2021, se realizará una reformulación presupuestaria, pues con la priorización de atención de Covid-19 por la emergencia sanitaria se utilizaron recursos, insumos e infraestructura que estaban destinados a los centros AIDAJ a nivel nacional.

El costo de la atención también juega un papel importante en el acceso a los servicios de salud. Si bien en algunos centros privados existe un costo diferenciado, en los públicos, esta atención debe ser cubierta por el SUS. Pero la realidad es diferente, ya que no se cubre la totalidad de los exámenes complementarios solicitados ni el tratamiento. Por esta razón es que, en muchos centros de salud, se solicita que AJ asistan con un adulto, para que pueda pagar la consulta. Maestros de El Alto consideran que los y las AJ no van a centros de salud precisamente por temas económicos. El nivel económico no es igual en todos los municipios. Las y los AJ indicaron que, en Cochabamba, El Alto, El Torno y Santa Cruz, los servicios son caros.

Otra de las barreras identificadas por la mayoría de las y los profesionales de salud entrevistadas/os es el número insuficiente de recursos humanos, lo que dificulta la implementación óptima de la atención diferenciada. A esto se suma, la alta rotación de personal, ya que sus contratos son eventuales. Esta barrera no corresponde solo al personal que trabaja en el área de SSySR, sino que involucra al sistema de salud boliviano, que tiene una asignación presupuestaria muy baja para personal, con cargos que no son institucionalizados, por lo cual las y los profesionales de salud rotan de un centro a otro.

Para finalizar, otra barrera identificada es que los servicios de SSySR no cuentan con un enfoque de género. Cuando los hombres adolescentes y/o jóvenes intentan acceder a estos servicios, se enfrentan con las barreras ya mencionadas (costos elevados, vergüenza, falta de confidencialidad y de servicios amigables), pero además con aquellas que resultan de haber sido excluidos histórica, estructural y culturalmente de los temas de SSySR. Entre estas se cuentan los pocos recursos, el personal predominantemente femenino, las actitudes negativas de los profesionales y la falta de capacitación para tratar con hombres adolescentes y jóvenes (Organización Panamericana de la Salud y UNFPA, 2004). Por tanto, se requiere trabajar más con los estereotipos y construcciones sociales sobre género para que adolescentes y jóvenes hombres puedan acceder a los servicios de salud. Desde su crianza, los hombres han visto a los servicios de salud como lugares donde deben acudir solo en caso de emergen-

cias o frente a una situación "grave": una fractura, cirugía, etc. Sin embargo, las mujeres desde la adolescencia tienden a consultar más seguido por temas "femeninos" (menstruación, anticoncepción). El trabajo con masculinidades es importante, tanto en el personal de salud como en los adolescentes y jóvenes. En definitiva, la equidad de género en los servicios de SSySR beneficiará la salud de los hombres y de las mujeres.

"...las necesidades de AJ se han mantenido, razón por la cual en el periodo post confinamiento se aprecia que el número de embarazos adolescentes ha aumentado, así como la demanda de MAC."

2. Barreras relacionadas con el Covid-19

La pandemia por Covid-19 obligó a hacer cambios en los sistemas de salud, centrando la atención, los recursos económicos y humanos en la atención de la Covid-19. Por esto, muchos centros AIDAJ fueron convertidos en centros Covid-19, relegando la atención de SSySR. Las cuarentenas rígidas, el poco transporte y el miedo al contagio han afectado la cobertura de servicios. Sin embargo, las necesidades de AJ se han mantenido, razón por la cual, en el periodo de posconfinamiento, se aprecia un aumento del número de embarazos adolescentes y de la demanda de MAC.

En el centro de salud San Francisco, el poco personal, la realización de triaje para el ingreso y el desabastecimiento de insumos han generado que las consultas de AJ disminuyan considerablemente.

Respecto a esta situación, el SEDES Santa Cruz informó lo siguiente:

> ... Con esta pandemia, desde el año pasado, se diría que la gente se ha perdido, no va a los servicios por resguardarse, por cuidarse de el Covid-19. Si van en este momento, es por necesidad. Por seguridad, prefieren no ir. Estamos viendo que incluso las embarazadas no van a la consulta prenatal, pese a que se les dice que tienen que ir. Estuvimos encerrados mucho tiempo. Los adolescentes no van a consultar sobre MAC, no he visto que vayan y nuestras coberturas también son bajas.

En otros municipios, se ha implementado el programa Telesalud y el seguimiento a AJ por grupos de WhatsApp. Además, se realizaron reuniones y capacitaciones vía *online* (La Paz y Sucre). En aquellos en los que hay menores restricciones por la pandemia, las redes de AJ están realizando sus actividades informativas, siguiendo sus planes y programas. Este es el caso de la Red Senkata de El Alto.

A nivel central, también se está buscando reactivar las actividades en SSySR, planeando grandes campañas de MAC. La atención en SSySR se reactivó en febrero del 2021, tal como señala la Dra. Paredes, responsable de Adolescencia y Juventud. Desde el Ministerio de Salud, se ha realizado un plan para dotar de MAC a los servicios y para que los SEDES se encarguen de supervisar la atención de calidad.

En Chuquisaca, el SEDES y la red de jóvenes Tú decides están retomando las actividades con AJ; sin embargo, estas serán limitadas debido a la proximidad de una siguiente ola de Covid-19.

En general, los servicios de atención en salud están buscando la manera de reactivar sus consultas y su atención de especialidades, pero con la pandemia, muchas veces, eso pasa a segundo plano, sobre todo cuando el sistema hospitalario se ve colapsado por el aumento de casos de Covid-19.

3. Barreras estructurales

Entre las barreras estructurales se advierte un desconocimiento de la normativa relacionada con la atención diferenciada. Existe, además, escasa coordinación intersectorial (salud, educación y justicia) en el trabajo con adolescentes y una falta de normativas gubernamentales que regulen el trabajo intersectorial con adolescentes.

La asignación de recursos en los niveles centrales, departamentales y municipales para adolescencia y juventud también son escasos. Las necesidades en salud de las y los adolescentes y jóvenes no son una prioridad en el Estado.

Los resultados nos muestran que los y las adolescentes y jóvenes asisten a los centros de salud privados, por la calidad de atención, a pesar de que esto implique un mayor gasto. Asimismo, AJ identifican que en los centros de salud públicos no existe mucha confidencialidad y la falta de personal sensibilizado para el trabajo con esta población hace que la atención en estos centros no sea la esperada. Esto pone en evidencia que no se cumple lo que dice la norma: brindar servicios y/o atención con calidad y calidez, y atención integral. Asimismo, la falta de infraestructura adecuada, equipamiento e insumos, y los escasos recursos humanos para la atención de adolescentes y jóvenes son barreras constantes en las diferentes ciudades.

También queda demostrado que los y las adolescentes y jóvenes, en algún momento, se sintieron discriminados por su condición social, su sexo y su edad. Por tal motivo, es necesario diseñar e implementar estrategias para una capacitación integral del personal de salud, que permita comprender las consecuencias emocionales y sociales de la falta de acciones con esta población.

Para lograr un mayor acceso a los servicios de salud, los centros deben convertirse en espacios amigables, que permitan la participación activa de los y las adolescentes y jóvenes en las decisiones que afectan su salud. Asimismo, estos espacios deben ofrecer confidencialidad y no suponer juicios de valor.

No existen muchos servicios sensibles a las necesidades especiales de las/los adolescentes y, en algunos casos, han dado lugar a mayores vulneraciones. Una preocupación efectiva implica una transformación radical en la formulación y la implementación de políticas públicas. La propuesta de políticas públicas

enfocadas a mejorar la atención de los y las servidores de salud para AJ debería ser una constante preocupación del Gobierno y del Estado boliviano. En este caso, las acciones de los sistemas de salud juegan un papel crítico en el alcance y mantenimiento de la salud de adolescentes y jóvenes. Los sistemas de salud deben poner atención a las necesidades de salud de esta población, ya que los valores personales y la poca sensibilidad para tratar con adolescentes y jóvenes representan barreras que impiden el acceso a estos servicios, esenciales para la prevención y cuidado de la salud y el bienestar de AJ. El desafío, entonces, es aceptar las diferencias y ampliar los espacios de decisión, diálogo y construcción colectiva, en los cuales los y las adolescentes y jóvenes encuentren su lugar desde sus particularidades.

Es primordial generar procesos de sensibilización para el personal médico y, a la vez, construir un espíritu de pertenencia en los y las adolescentes y jóvenes con los servicios de salud. De modo que estos centros sean amigables, ofrezcan una infraestructura adecuada y posean recursos humanos debidamente capacitados y sensibilizados.

La falta de información y de acceso a los servicios de SSySR, así como las barreras sociales y culturales, parecen estar limitando el ejercicio pleno de la vida sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes en Bolivia. Un mayor conocimiento de la sexualidad y la anticoncepción, y el desarrollo de programas que informen y eduquen sobre salud sexual y reproductiva y faciliten el acceso a métodos anticonceptivos favorecerán el desarrollo seguro y adecuado de la sexualidad. Un ejercicio limitado de los derechos sexuales y un desarrollo inadecuado de la sexualidad no solo pueden constituirse en un problema de salud pública, sino que podrían afectar negativamente la calidad de vida y el bienestar de la población en general.

VIII. RECOMENDACIONES

Este documento integra en sus lineamientos recomendaciones para la atención amigable de adolescentes y jóvenes, basándose en las necesidades percibidas en AJ, el personal de salud y la comunidad (padres, juntas escolares).

Se requiere una transformación en el sector salud, la adolescencia y la juventud, a fin de que sean una prioridad para el Gobierno. Se necesitan acciones de información, educación y comunicación, que involucren a los y las adolescentes y jóvenes, las redes sociales, la sociedad civil y las instituciones.

La participación activa de AJ es crucial en la concepción, implementación y evaluación de los servicios amigables. Participar los hace más perceptivos respecto a los problemas de salud a los que se enfrentan y los pone en mejores condiciones para transmitir información a sus pares.

Con base en lo expuesto se recomienda:

- Promover el trabajo conjunto de todos los sectores en todos los niveles: salud, educación, justicia y aquellos que formulan las políticas, involucrando a las ONG y formulando programas compartidos y complementarios. Los servicios de atención amigables para adolescentes y jóvenes requieren de compromiso político que garantice intervenciones transversales sostenidas en todos los sectores sociales.

- Promover el trabajo intersectorial, a través del trabajo conjunto de las familias, las comunidades, las instituciones educativas, recreativas y laborales.

- Promover la vinculación de los servicios de salud con la comunidad. La comprensión y el acercamiento a adolescentes y jóvenes es indispensable.

- Efectuar procesos de sensibilización y capacitación en AIDAJ de forma continua, y hacer el debido seguimiento para una efectiva implementación de los servicios.

- Incorporar enfoques de género y de masculinidades en la atención a adolescentes y jóvenes.

- Difundir los servicios de salud orientados a AJ. Las redes sociales deben constituirse en elementos troncales para el intercambio de información y la provisión de apoyo para adolescentes y jóvenes, y en mecanismos de evaluación del funcionamiento de los servicios.

- Incorporar el abordaje específico para personas de las diversidades sexuales, en el marco de la ley de Identidad de Género, priorizando la salud como un derecho, independientemente de la identidad o el sexo.

- Proveer insumos anticonceptivos a la población, sin dejar de lado la anticoncepción de emergencia, en especial, para grupos vulnerables (jóvenes, poblaciones LGBTIQ+, personas con discapacidad y personas con VIH).

De manera específica, se sugiere lo siguiente:

CENTROS DE SALUD

La atención en salud debe promover el desarrollo de las y los adolescentes en todos los aspectos; debe facilitar el conocimiento y la apropiación de su cuerpo y de su sexualidad, y la construcción de su autonomía y autoestima. De este modo, los y las AJ aprenderán a comunicarse y a tomar decisiones libres, responsables e informadas, que les permitan construir un proyecto de vida saludable y asumir diferentes roles para enfrentar la vida adulta.

La atención de las y los adolescentes debe encararse desde una perspectiva preventiva, que incluya medidas para la detección temprana de riesgos y/o vulnerabilidad, y que facilite su participación en el cuidado de su salud.

Los centros de salud deben coordinar con redes juveniles para contar con la participación de adolescentes y jóvenes de sus propios municipios, y así conocer de manera directa sus necesidades, demandas, expectativas y experiencias.

Es necesario contar con una estrategia de comunicación focalizada y específica para el público objetivo, que realice la promoción constante de cada

uno de los centros de atención diferenciada para adolescentes y jóvenes, y la oferta de los servicios que se prestan a esta población, a nivel nacional, departamental y municipal, en el marco de una educación integral para la sexualidad (EIS).

Asimismo, es pertinente implementar medidas de atención en materia de derechos sexuales, derechos reproductivos y prevención de la violencia, recurriendo a medios de innovación tecnológica (telemedicina, telecentros, etc.), a medios tradicionales en áreas rurales, y a medidas lingüística y culturalmente apropiadas.

ACTORES CLAVES/TOMADORES DE DECISIÓN

Es necesario que las y los adolescentes y jóvenes participen en la toma de decisiones y defiendan sus derechos. Por esto es importante que se reconozcan como parte de cada centro de salud y que sean reconocidos por todas las instancias municipales como actores sociales que promocionan educación para la salud, con énfasis en la salud sexual y salud reproductiva.

También es importante que las autoridades municipales garanticen que las y los adolescentes cuenten con espacios juveniles dentro de cada centro de salud, que servirán para su crecimiento personal: allí se programarán reuniones, talleres de capacitación y sensibilización. La consolidación de dichos espacios implica la asignación de presupuesto diferenciado, en el momento de la planificación de actividades a favor de AJ en cada municipio. La experiencia ha mostrado la relevancia de contar con un espacio "propio", ya que la interacción con adolescentes y jóvenes dentro de los mismos espacios físicos permite una relación de mayor confianza.

Los servicios diferenciados que se han desarrollado en el país son desconocidos por los y las adolescentes y aún no son accesibles por las características de los servicios, su infraestructura, su estética y la falta de recursos humanos sensibilizados. Con respecto a estos últimos, cabe señalar que su actitud estigmatizante hacia las y los adolescentes y jóvenes imposibilita la confianza necesaria para lograr una atención de calidad. Por tanto, es fundamental

realizar una gestión municipal para contar con un presupuesto específico en SSySR y acciones con adolescentes y jóvenes.

De acuerdo con las recomendaciones presentadas en los estudios elaborados por la Fundación Alianza por la Solidaridad, se hace énfasis en la sugerencia de implementación de una estrategia nacional de respuesta sanitaria en el contexto de la pandemia, que comprenda la atención en salud sexual y salud reproductiva desde un enfoque de género, en todos los niveles del Estado.

IX. BIBLIOGRAFÍA

Bernstein, S. y Hansen, J. (2008). Opciones públicas, decisiones privadas: Salud Sexual y Reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En: E. Flórez y V. Soto, *El Estado de la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global.* Bogotá: Universidad de Los Andes y Université Catholique de Louvain. Recuperado de http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/Opcionespublicasdecisionesprivadas-2.pdf.

Flórez E. y Soto V. (2009): *Desarrollo humano*. Buenos Aires: Lexus.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. (2009). *Encuesta Nacional de la Adolescencia y la Juventud, 2008*. La Paz.

Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. (2010) *Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Propuesta para su identificación y superación. Documento regional*. Recuperado de https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/BarrerasJovenesWeb%20%281%29.pdf.

Hernández, S., Fernández, C. y Baptista, P. (2013). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

Jaime, M. (2013). *Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública: demandas de la comunidad TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*. Buenos Aires: CLACSO.

Ministerio de Salud y Deportes. (2015a). *Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, 2015-2020*.

Ministerio de Salud y Deportes. (2015b). *Plan Estratégico Nacional de Comunicación de ITS/ VIH SIDA*.

Ministerio de Salud y Deportes. (2010). *Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana, 2009-2013.* La Paz: Prisa.

Ministerio de Justicia. (2015). *Plan Plurinacional de Prevención de Embarazo Adolescente, 2015-2020.*

Organización de Naciones Unidas, ONU. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW).* Recuperado de http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm.

Organización de Naciones Unidas, ONU. (1995). *Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing*. Recuperado de http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4654.pdf, 1995.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2005). *IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes.* Recuperado de https://iris.paho.org/handle/10665.2/49404.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2009). *Informe de una consulta regional sobre promoción de la Salud y provisión de cuidados para hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina y el Caribe.* Recuperado de https://www.paho.org/es/node/34136.

Pabón X. e Dibbits i. Fundación Alianza por la Solidaridad. (2021a). *Derechos sexuales y derechos reproductivos en la congeladora. Efectos de la pandemia por Covid-19 en el bienestar de adolescentes y jóvenes de 8 municipios de Bolivia*. La Paz.

Pabón X. e Dibbits i. Fundación Alianza por la Solidaridad. (2021b). *El difícil adiós al tabú. Sistematización de estudios sobre el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de adolescentes y jóvenes de Bolivia (2010-2019)*. La Paz.

Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (2011). *Metodología de Investigación Social*. Granada: Aljibe.

JÓVENES EN ACCIÓN

PARTICIPACIÓN Y DECISIÓN

Proyecto financiado por la Unión Europea

Alianza por la Solidaridad
Member of actionaid

TÚ DECIDES
RED NACIONAL DE LÍDERES Y LIDERESAS JUVENILES

cies
SALUD SEXUAL · SALUD REPRODUCTIVA
SALUD INTEGRAL

Con el apoyo de:
Cooperación española