



Gerenssa

TERCER PRODUCTO

INFORME FINAL

Evaluación de la implementación del proyecto:
“Fortaleciendo la participación activa de las mujeres para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en el sistema público”

ÍNDICE

SIGLAS Y ACRÓNIMOS	3
1 INTRODUCCIÓN.....	3
2 MARCO DE REFERENCIA.....	3
2.1 Contexto y objetivos del proyecto.....	3
2.2 Objetivo de la evaluación	4
2.3 Alcance de la evaluación.....	4
2.3.1 Alcance geográfico	4
2.3.2 Alcance temporal.....	4
2.3.3 Alcance operativo (instrumentos)	4
3 ENFOQUE METODOLÓGICO	5
3.1 Metodología	5
3.2 Técnicas utilizadas	5
3.3 Limitaciones.....	6
4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA Y RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	6
4.1 Pertinencia	7
4.2 Coherencia	13
4.2.1 Coherencia interna	13
4.2.2 Coherencia externa	13
4.3 Eficacia	14
4.4 Eficiencia	19
4.5 Impacto y sostenibilidad	25
4.6 Apropiación y fortalecimiento institucional	34
4.7 Enfoque de género en desarrollo	38
4.8 Sostenibilidad ambiental	39
4.9 Respeto de la diversidad cultural.....	40
5 CONCLUSIONES.....	40
6 RECOMENDACIONES	45
7 ANEXOS	45

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AIDAJ	Atención Integral Diferenciada para Adolescentes y Jóvenes	MAC	Métodos Anti Conceptivos
APS	Alianza por la Solidaridad	MdE	Matriz de Evaluación
CACU	Cáncer de Cuello Uterino	OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo	ONG	Organización No Gubernamental
CAI	Comité de Análisis de la Información	PAP	Papanicolaou
CDD	Católicas por el Derecho a Decidir	PIM	Plan Integral de la Mujer
COLOSA	Comité Local de Salud	POA	Plan Operativo Anual
CPMGA	Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza	SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
CS	Centro de Salud	SEDES	Servicio Departamental de Salud
DDRR	Derechos Reproductivos	SLIM	Servicio Legal Integral Municipal
DDSS	Derechos Sexuales	SPSS	Statistical Package for Social Sciences (por su sigla en inglés)
DNA	Defensoría de la Niñez y Adolescencia	SS	Salud Sexual
GAM	Gobierno Autónomo Municipal	SSR	Salud Sexual Reproductiva
GAMEA	Gobierno Autónomo Municipal de El Alto	SSSR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
GAMLP	Gobierno Autónomo Municipal de La Paz	SR	Salud Reproductiva
ITIF	Índice Tentativo de Informe Final	SUS	Sistema Único de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual	TdR	Términos de Referencia
		UE	Unidad Educativa
		UPEA	Universidad Pública de El Alto

1 INTRODUCCIÓN

La Fundación Alianza por los Derechos, la Igualdad y la Solidaridad Internacional (Alianza por la Solidaridad/ActionAid) ha suscrito un contrato de consultoría con la empresa Gerenssa S.R.L. para la realización de la evaluación de la implementación del proyecto “Fortaleciendo la participación activa de las mujeres para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en el sistema público”, con el objetivo de analizar la estrategia diseñada, su capacidad de adaptación, eficacia, eficiencia, pertinencia, cobertura, impacto, sostenibilidad y la adecuación de sus mecanismos de gestión y seguimiento. Tomando en cuenta que la intervención se desarrolló en los municipios de El Alto, La Paz, Coroico, Viacha y Pucarani.

En el marco de este contrato, se establece la presentación del producto final que contiene el análisis de toda la información recopilada, en función a los criterios y preguntas de evaluación. En este sentido, se presenta el producto preliminar de consultoría con la siguiente estructura: (i) **Marco de referencia**, que incluye una breve descripción del contexto y los objetivos y resultados esperados de la intervención, los objetivos de la evaluación y el alcance de la misma; (ii) **Enfoque metodológico**, que resume la metodología aplicada, las preguntas de evaluación, las técnicas utilizadas, las limitaciones y contingencias enfrentadas; (iii) **Análisis e interpretación de la información recopilada y resultados de la evaluación**, que incluye el análisis y valoración de la intervención a través de los criterios sugeridos por la CAD-OCDE: Pertinencia, coherencia, eficacia, eficiencia, impacto y sostenibilidad. Así como la incorporación de criterios adicionales sugeridos en los Términos de Referencia (TdR): Apropiación y fortalecimiento institucional, enfoque de género en desarrollo, sostenibilidad ambiental y respeto a la diversidad cultural; (iv) **Conclusiones**; (v) **Recomendaciones** y (vi) **Anexos**.

2 MARCO DE REFERENCIA

2.1 Contexto y objetivos del proyecto¹

El objeto de esta evaluación lo constituye el proyecto “Fortaleciendo la participación activa de las mujeres para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en el sistema público”, el cual fue implementado por las siguientes organizaciones co-ejecutoras: Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza (CPMGA) y Católicas por el Derecho a Decidir (CDD), que gozan de un amplio reconocimiento y trayectoria en el Departamento de La Paz. Organizaciones locales con las que Alianza por la Solidaridad/Action Aid ya tiene un trabajo previo en las temáticas propuestas hace bastantes años.

El proyecto contó con el apoyo de la Generalitat Valenciana en su convocatoria 2021 y tuvo una duración de 28 meses. Su objetivo general fue: “Contribuir al ejercicio de la salud sexual y reproductiva como derecho humano por parte de mujeres adultas y adolescentes”. La acción se desarrolló específicamente en los municipios de El Alto (La Paz), Municipio de Pucarani, Municipio de Viacha, Municipio de Coroico y el Municipio de La Paz (área periurbana).

El proyecto estableció dos objetivos específicos, el primero: “Facilitado el acceso a servicios públicos de salud materna y SSSR integrales interculturales y con calidad de mujeres adultas”. El segundo: “Facilitada la atención primaria y el acceso a servicios públicos de salud sexual y reproductiva integrales por parte de adolescentes, con énfasis en la prevención de embarazos en menores de 15 años”. Para alcanzar los mencionados objetivos se plantearon cuatro ejes fundamentales de intervención, dos por cada objetivo:

¹ Extraído de los TdR

Para el **OE1**:

- Se pretende que mujeres adultas se fortalezcan para su auto reconocimiento como sujetas de derechos y para la gestión participativa en SSR con énfasis en la salud materna.
- Se fortalecerá a operadoras/es y gestoras/es públicos y de la medicina tradicional para la atención en SSR (con énfasis en la salud materna) de calidad, libre de violencia y de manera articulada en respuesta a demandas de la población.

Para el **OE2**:

- Se pretende que mujeres adolescentes y jóvenes sean fortalecidas para el ejercicio de su participación ciudadana en salud sexual y reproductiva.
- Como último eje, se fortalecerá a autoridades, funcionarias/os y operadoras/es y de servicios públicos para la prevención de violencia sexual y embarazos en menores de 15 años.

2.2 *Objetivo de la evaluación*²

Realizar la evaluación del proyecto: “Fortaleciendo la participación activa de las mujeres para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en el sistema público”, analizando la estrategia diseñada, su capacidad de adaptación, eficacia, eficiencia, pertinencia, cobertura, impacto, sostenibilidad y la adecuación de sus mecanismos de gestión y seguimiento.

2.3 *Alcance de la evaluación*

2.3.1 *Alcance geográfico*

La evaluación se realizó, a través del recojo de información cualitativa y cuantitativa, en los cinco municipios de intervención: (i) El Alto, (ii) La Paz, (iii) Coroico, (iv) Viacha, y (v) Pucarani.

2.3.2 *Alcance temporal*

La evaluación consideró todo el periodo de implementación del proyecto, que fue de 28 meses.

2.3.3 *Alcance operativo (instrumentos)*

A nivel de alcance operativo se emplearon los siguientes instrumentos:

En la **fase inicial de planificación** coordinada de la consultoría:

- (i) Matriz de Evaluación (MdE)
- (ii) Índice Tentativo de Informe Final (ITIF)

² Extraído de los TdR

En la **fase operativa** de levantamiento de datos e información:

- (i) Revisión documental (documentación proporcionada por las ejecutoras del proyecto)
- (ii) Encuesta a beneficiarias directas (62 encuestas a mujeres y adolescentes participantes del proyecto – entre 11 y 14 encuestas por municipio)
- (iii) Test de satisfacción a usuarias de servicios de salud (95 test a usuarias de los servicios de salud de los cinco municipios que formaron parte de la intervención – 19 test por municipio de acuerdo a la metodología LQAS)
- (iv) Test de conocimientos a prestadores/as de servicios de salud (31 test de conocimientos al personal de salud – entre 6 y 7 test por municipio)
- (v) Entrevistas a las socias co-ejecutoras del Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza y de Católicas por el Derecho a Decidir (dos entrevistas semiestructuradas)
- (vi) Entrevistas individuales a informantes clave (en cada municipio de intervención se aplicaron entrevistas semiestructuradas a técnicos municipales, personal de salud y médicos tradicionales, haciendo un total de 16 entrevistas – tres por municipio)
- (vii) Entrevistas colectivas a beneficiarias/os (tres entrevistas colectivas, con la participación de un total de 15 mujeres, jóvenes y adolescentes participantes del proyecto)

En la **fase de procesamiento de datos y sistematización de información**

- (i) Programas sintaxis para datos cuantitativos
- (ii) Matrices o bases de datos cualitativos

Software utilizado:

- (i) Aplicación KoBo Toolbox para levantamiento de datos cuantitativos.
- (ii) Programa SPSS para operación de base de datos.
- (iii) Programa Microsoft Excel para creación de bases de datos cualitativos y para creación de gráficos de reporte.

3 ENFOQUE METODOLÓGICO

3.1 Metodología

Para la realización de la evaluación, se ha adoptado como base los criterios sugeridos por la CAD-OCDE (pertinencia, coherencia, eficacia, eficiencia, sostenibilidad e impacto), y se ha incorporado otros criterios de interés para la implementación: Apropiación y fortalecimiento institucional, enfoque de género en desarrollo, sostenibilidad ambiental y respeto a la diversidad cultural. Asimismo, se han empleado técnicas de levantamiento de información cuantitativa y cualitativa, que han sido procesadas y trianguladas para llegar a las conclusiones de la evaluación.

3.2 Técnicas utilizadas

En el marco de la evaluación, se han empleado técnicas cualitativas y cuantitativas para dar respuesta a las preguntas establecidas en los TdR y se han incluido preguntas adicionales con el objetivo de profundizar en las respuestas de los criterios establecidos para la realización de la evaluación.

En anexos del presente documento se detalla el alcance de cada una de las técnicas empleadas: (i) Encuesta a la población destinataria: cantidad de mujeres y adolescentes participantes encuestadas/os según variables generales de análisis, (ii) Test de satisfacción a usuarias de servicios de salud: cantidad de usuarias de los servicios de salud según variables generales de análisis, (iii) Test de conocimientos a prestadores/as de servicios de salud: cantidad de personal de salud consultado según variables generales de análisis y (iv) Entrevistas semiestructuradas: detalle de entrevistas realizadas.

3.3 Limitaciones

Una de las limitaciones que se enfrentó durante la evaluación, fue la dificultad para acceder a la población participante del proyecto, si bien se proporcionó al equipo evaluador algunos datos de contacto para que éste pueda entrevistar y encuestar a las/los diferentes actores/as de manera autónoma, no hubo el suficiente involucramiento de las socias ejecutoras del proyecto en el proceso de convocatoria de las/los informantes, aspecto que es muy importante en el marco de una evaluación externa, puesto que la población beneficiaria y actores involucrados de un proyecto, no está familiarizada con los consultores y, con justa razón, se muestran desconfiadas/os.

Sin embargo, se logró completar la muestra de informantes siguiendo la estrategia de solicitar el apoyo de las personas a quienes se hizo las entrevistas inicialmente (técnica de “bola de nieve”), para que puedan proporcionar los contactos faltantes. Esta estrategia posibilitó realizar las entrevistas a casi todos/as los/as informantes clave previstos para la evaluación, con excepción del médico tradicional o partera que participó en el proyecto, en el Municipio de Pucarani.

Se tuvo dificultad para convocar destinatarias del proyecto para realizar entrevistas colectivas. Inicialmente se había planificado realizar cuatro entrevistas grupales (dos a mujeres lideresas y dos a jóvenes participantes), con la participación de entre 8 y 12 personas en cada grupo. Sin embargo, pese a que confirmaron su asistencia, solo participaron entre 4 y 6 personas por grupo, además que la entrevista colectiva con adolescentes, que estaba programada para realizarse en La Paz, finalmente no se realizó debido a la imposibilidad de compatibilizar tiempos entre los/as adolescentes.

Finalmente, se presentó la contingencia de la alta rotación del personal de salud, autoridades y técnicos municipales en los municipios. Esta situación ocasionó que, al momento de realizar el levantamiento de información de fuente primaria para la evaluación, no se haya conseguido llegar, en gran parte de los casos, a informantes que participaron desde el principio hasta el final del proyecto, por lo que la información y percepciones de estos informantes ha sido limitada.

No obstante, a pesar de las dificultades operativas antes descritas, la información recogida fue suficiente para realizar la evaluación de manera exhaustiva.

4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECOPIADA Y RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

A continuación, se desarrolla la evaluación del proyecto: “Fortaleciendo la participación activa de las mujeres para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en el sistema público” en función a los criterios definidos. Esta evaluación se realizó con base en los testimonios de las/os informantes y la documentación proporcionada.

4.1 Pertinencia

4.1a. ¿El proyecto respondió a las necesidades de las y los titulares de derechos?

De manera general, las percepciones son positivas y muy positivas por parte de las/os titulares de derechos, obligaciones y responsabilidades respecto a la respuesta del proyecto a la necesidad de humanizar la atención en salud en la gestación materna, el parto y post parto.

También se reconoce que el proyecto aborda la problemática de salud sexual y reproductiva en mujeres, jóvenes y adolescente, para la prevención de los embarazos adolescentes y los embarazos no deseados, que son frecuentes en los municipios de cobertura del proyecto, Viacha, Pucarani y Coroico en particular.

Así también el proyecto abordó el tema de violencia en sus diferentes dimensiones, concientizó en particular a las mujeres en estos aspectos de la salud sexual y reproductiva y sus derechos, así como también concientizó en la prevención de la violencia obstétrica por parte de prestadores/as de salud.

De acuerdo con la socia co-ejecutora del CPMGA, con cobertura en tres municipios (Pucarani, Viacha y distritos de El Alto), el proyecto respondió a las necesidades de los/as titulares de derechos que acuden a los centros de salud y sufren de violencia obstétrica y otras formas de violencia de mujeres adultas, y de igual manera en la atención a la SSR de las adolescentes mujeres para la prevención de la violencia sexual y embarazo adolescente. Esto, a partir de la atención individualizada de la promotora de salud más cercana a su red y la promoción colectiva de derechos de la mujer.

De acuerdo a Mónica Gutiérrez (CPMGA), el proyecto ha sido percibido como satisfactorio por las mujeres beneficiarias, principalmente de Viacha y Pucarani, ya que les ha permitido vincularse con las redes de salud y de esta manera mejorar la atención en los servicios de salud. Asimismo, las/os adolescentes han reconocido el beneficio del proyecto, debido a que se enfrentan al embarazo adolescente con bastantes casos, razón por la cual los/as jóvenes han tenido una muy buena reacción al proyecto, logrando que sus padres y gran parte de las mujeres de su entorno familiar tengan una mayor apertura al tema de los DS y DR.

“[...] se demostró en la satisfacción de las promotoras comunitarias, dada por la mayor vinculación con la red de salud correspondiente” (S. Tamayo).

De acuerdo a la experiencia de la socia CDD en el proyecto, con cobertura en dos municipios (Coroico y distritos de La Paz), la formulación de este proyecto se basó en evidencias que han orientado el diseño del proyecto, encuestas, un cuestionario, la experiencia de las tres organizaciones involucradas con mujeres para recopilar información, que una vez constituidos han podido validar las necesidades identificadas.

“Ratificamos que los/as servidores/as públicos tienen una necesidad de hablar más sobre violencia sexual, sobre prevención del embarazo adolescente, sobre violencia obstétrica, sobre calidad de los servicios de SSR, entonces sí creo que responde perfectamente y de manera pertinente a necesidades de nuestro contexto” (A. Kudelka).

La percepción de las autoridades y técnicos municipales sobre la respuesta del proyecto es que, éste respondió a las necesidades de la población de mujeres adultas, jóvenes, adolescentes y al personal médico también. De acuerdo a Dilian Escobar (Jefa de Unidad del SLIM y DNA del GAM de Coroico), el proyecto ha respondido a las necesidades y demandas de las mujeres, indica que se tuvo apoyo estratégico de CDD para estas acciones.

Por otra parte, en el Municipio de Viacha se dio apoyo a centros de salud definidos, a través de promotoras de organizaciones de mujeres de la propia sociedad, que introdujeron los métodos anticonceptivos como medida de salud y que también trabajaron la temática en unidades escolares. Asimismo, el proyecto ha facilitado capacitaciones que han actualizado los conocimientos de los DDSS y DDRR de las mujeres y del personal de salud.

“[...] ha sido muy eficiente, porque las que no conocían en este tiempo han podido darse cuenta de sus derechos como mujeres” (S. Falcón)

De acuerdo al personal de salud, el proyecto ha respondido a las necesidades generales, tanto de titulares de derechos como de titulares de obligaciones, a través de cursos de capacitación sobre DDSS y DDRR y también sobre violencia, además a todo el personal de salud del centro (CS Alto Lima). En el caso de la Red de Salud Norte del Municipio de La Paz, se han realizado encuestas de entrada y de salida con muy buena acogida entre el personal de salud y las usuarias de los servicios de salud.

Para René Sanjinés Jiménez (Director General del Hospital General de los Yungas), la intervención ha sido totalmente pertinente, a través del fortalecimiento de una sociedad que está en proceso de cuestionamiento del machismo, discriminación y violencia contra la mujer. También el proyecto ha abordado a la población adolescente con la prevención del embarazo adolescente y los MAC, a través de la implementación de los centros de salud AIDAJ y las actividades de concientización realizadas en unidades educativas.

“[...] nuestro objetivo es reducir los embarazos, es por eso que se ha convocado no solamente al hospital y centro de salud para ver cómo podemos prevenir, también estaban las unidades educativas” (H. Luijana)

Para las promotoras de salud de El Alto (titulares de derechos), el proyecto ha sido muy positivo y les ha permitido tener mayor conocimiento e información sobre ellas mismas y abordar los temas de cuidado de su cuerpo, abordar su SSR, sus derechos y necesidades como mujeres. Manifiestan que después de haber recibido las capacitaciones han adquirido muchos conocimientos sobre SS y SR, lo que les ha permitido informarse e informar respecto a la necesidad del autocuidado en sus hogares.

De igual manera en el Municipio de La Paz, las lideresas indican que las capacitaciones recibidas les permitieron desarrollar y practicar la empatía y la solidaridad con las otras personas, respetando y escuchando sus opiniones y problemas respecto a SSR. Coinciden en que han desarrollado la capacidad de hablar en público.

Para los jóvenes participantes del Municipio de El Alto indican que las capacitaciones les mostraron la importancia de conocer la prevención de embarazo de los/as adolescentes y el manejo de información sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS), autocuidado y autoconocimiento de su cuerpo, y salud física.

4.1b. ¿Fueron adecuados los contenidos y metodologías formativas implementadas (en el ámbito personal, familiar, de salud) considerando las especificidades y necesidades de las mujeres adultas y jóvenes participantes?

Los contenidos formativos y metodologías participativas, dinámicas, inclusivas y lúdicas aplicadas, han permitido la construcción colectiva de aprendizajes sobre SSR y derechos sexuales y reproductivos, tanto para mujeres y madres usuarias del sistema de salud, como para jóvenes y adolescentes. Las mujeres beneficiarias se han empoderado, organizándose para realizar acciones de incidencia y a la vez las ha motivado para replicar lo aprendido con sus pares, entornos familiares cercanos y vecinos.

Los contenidos y sus formas de transferencia y construcción participativa de saberes sobre SSR, DDSS y DDDR, han generado cambios en la percepción de las mujeres y jóvenes en torno a su autocuidado, llevándoles a tener mayor amplitud para escuchar y empatizar, así como –en el caso de las promotoras– a sentirse motivadas para replicar los saberes adquiridos.

En el ámbito familiar, los contenidos y metodologías han aportado a abordar el tema de igualdad de género y distribución equitativa de los cuidados y responsabilidades entre las/os miembros de la familia, para superar los roles tradicionales de género.

Según la percepción de la socia co-ejecutora del CPMGA, las metodologías fueron implementadas en los contextos personal, familiar y de salud, para el caso de mujeres adultas. En lo personal, se tiene el autocuidado y en particular, en base a DDSS y DDDR, se promovió el desarrollo de liderazgos en el ámbito público y privado.

En lo familiar, se incluye el entorno cercano y de parientes directos e intermedios, también se incluye el entorno externo, de personas de contacto cotidiano y de funciones sociales (vecindarios, espacios de interacción, junta escolar).

En el ámbito de salud, las promotoras han sido parte de los espacios de demanda como el COLOSAS (Comité Local de Salud), se han vinculado de manera individualizada a sus centros de salud, a través del CAI (Comité de Análisis de la información), en las que se ha exigido la disponibilidad de MAC, medidas para la atención a la reducción de la violencia obstétrica y la atención diferenciada para adolescentes y jóvenes (AIDAJ).

“[...] se ha fomentado su liderazgo individual en el ámbito público y en el ámbito privado, con el ejercicio de sus DDSS y DDDR, contemplando por sobre todo el tema del autocuidado en cuanto a la salud” (S. Tamayo).

La percepción de las mujeres lideresas del Municipio de La Paz (titulares de derechos), indican que las metodologías y contenidos, les han permitido en lo personal tener conocimiento sobre sus derechos y en particular sobre violencia obstétrica. Las lideresas coinciden en que a través de las capacitaciones, aprendieron que tienen el derecho a recibir un buen trato durante el periodo de gestación, el parto y postparto.

En el ámbito familiar, las lideresas refieren que las capacitaciones en SSR les han permitido difundir el conocimiento adquirido sobre sus derechos a sus familiares (hijos e hijas, sobrinos/as, nietos/as, amigos/as y vecinos/as).

En el ámbito de la salud, las lideresas indican que las capacitaciones les mostraron la importancia de conocer, respetar y cuidar su cuerpo y especialmente mejorar su autoestima, lo que se traduce, según lo expresado, en

concientizar a las mujeres de su entorno sobre la necesidad de prevenir enfermedades como, por ejemplo, el cáncer de cuello uterino y acudir al establecimiento de salud para realizarse la prueba de Papanicolaou.

“[...] tenemos muchos derechos que no sabíamos y que ahora sabemos [...]” (M. Choque).

Para las promotoras de salud de El Alto, las capacitaciones recibidas les sirvieron en lo personal, para informarse y cuidarse “sin vergüenza”, debido a que muchas de ellas se sentían cohibidas de hablar sobre estos temas, en particular, con sus parejas. En la salud, las promotoras señalan que, las capacitaciones les mostraron la importancia del reconocimiento de algunas dolencias o síntomas, el cuidado del cuerpo, signos de alarma y cambios en su cuerpo, que deben ser tomados en cuenta para prevenir enfermedades.

“[...] hemos aprendido a poder hablar sin vergüenza, decir las cosas por su nombre, llamar a nuestros órganos reproductivos y genitales por el nombre que tienen [...]” (F. Guzmán).

La percepción de los/as jóvenes participantes de los municipios de cobertura de CPMGA, indican que las capacitaciones recibidas les permitieron, en lo personal, profundizar sus conocimientos y poder realizar la difusión e información sobre los DDSS, DDDR y sobre violencia obstétrica. En el ámbito de la salud, indican que las capacitaciones les mostraron la importancia de conocer la prevención de embarazo en los/as adolescentes y el manejo de información sobre la transmisión de infecciones sexuales (ITS), el autocuidado y autoconocimiento de su cuerpo y salud física.

En el ámbito familiar, indican que las capacitaciones recibidas sobre SSR les permitieron comprender de mejor manera los roles de género, para incidir en cambios en la forma de pensar sobre los mismos, con su entorno familiar (padres, madres, hermanos/as, amigos/as y amistades).

4.1c. ¿Fueron adecuados los contenidos y metodologías formativas implementadas considerando las especificidades y necesidades de las autoridades locales y funcionarias/os públicos del sector salud?

Los contenidos y metodologías han sido adecuados, ya que han permitido un abordaje diferente para las autoridades locales y los/as funcionarios del sector salud respecto a la temática de los derechos de las mujeres, la empatía en la atención, así también la atención diferenciada a las/os adolescentes en el contexto de sus necesidades y problemáticas. Las metodologías mayormente referidas por este personal fueron talleres, actividades participativas y teatros. En cuanto a los contenidos, se valora la actualidad de los textos y casos clínicos, así como la incorporación de maniqués. También en los contenidos, se abordó información sobre el funcionamiento de la red de protección de titulares de derechos.

Para las autoridades y el personal de salud, el objetivo del proyecto fue la concientización sobre los DDSS y DDDR a las usuarias y al personal de salud, así como la acción de las promotoras del proyecto en la difusión de éstos en los centros de salud, en ferias de salud y charlas colectivas a mujeres usuarias de los servicios de maternidad.

Se observa que la transferencia de conocimiento e información sobre los derechos de las usuarias, en particular el derecho de las mujeres a no sufrir violencia obstétrica en los servicios de salud, genera resistencia en ciertas autoridades y personal de salud, debido a que sienten que su trabajo profesional está siendo juzgado o bien, por opiniones conservadoras machistas que se encuentran arraigadas, no solamente en el personal de salud, sino en la población en general.

Para las autoridades y técnicos/as municipales, los contenidos formativos y las metodologías aplicadas fueron adecuadas, ya que las promotoras han tomado contacto con el personal de salud del GAM respectivo, se ha trabajado con la población de los municipios en ferias de salud, se ha facilitado un televisor por el que han difundido audiovisuales, se ha difundido la información a través de programas de radio y se han realizado charlas a las/os usuarias/os de los servicios.

Otra percepción es que más allá de los contenidos adecuados, ha sido importante la incorporación de métodos de anticoncepción provenientes tanto de la medicina occidental como de la medicina tradicional, asimismo la información brindada sobre embarazos no deseados y una adecuada educación sexual. Otra percepción indica que las metodologías han sido innovadoras e interesante y mediante ellas han logrado transmitir la información a las usuarias.

La percepción general de autoridades y técnicos municipales, indica que los contenidos de transferencia han sido óptimos y adecuados, ya que las usuarias, mujeres adultas han aprendido sobre sus DDSS y DDRR.

“[...] han sido diferentes metodologías, talleres, capacitación, mediante data y mediante experiencias participativas, en las cuales ellas han podido asimilar de mejor manera” (S. Falcón).

La percepción de las/os funcionarias/os o prestadores de servicios de salud sobre los contenidos formativos y metodologías, fue que se trató de una experiencia muy enriquecedora a nivel personal, ya que se realizaron actividades participativas, a través de la realización de teatros y diversas dinámicas, que permitieron la interacción entre los/as participantes. Además, que, a través del trabajo y aprendizaje con textos actuales y casos clínicos, se realizaron actividades de reflexión conjunta y fortalecimiento de los/as prestadores/as de los servicios de salud. Es así que la transferencia de información en base a contenidos claros y metodologías participativas, han permitido aplicar mayormente lo aprendido en la atención a las usuarias.

Las metodologías incluían juegos didácticos y maniqués de los aparatos reproductores, tanto para adolescentes como para mujeres en edad fértil. Es así que a través de prácticas como, por ejemplo, el uso del condón masculino, se incorporó conocimientos prácticos sobre SSR. También se indicó que se trabajó con la red de protección de titulares de derechos, los SLIMs y DNAs, respecto a la atención AIDA, lo que facilitó la participación, el aprendizaje y la puesta en práctica en la atención a adolescentes.

“[...] antes talvez esperábamos que entren con sus papás, pero ahora sabemos que tienen el derecho de escoger ingresar solos a la consulta” (M. Leyva).

Asimismo, se indica que la metodología trabajada ha sido la adecuada, porque ha permitido unir y fortalecer al personal de salud e implementar estrategias y herramientas para la atención de calidad a las usuarias y no solamente a mujeres, sino para la atención a otros grupos etáreos, como niños y adultos mayores. Así como la atención diferenciada a adolescentes y jóvenes mediante el AIDA, para una atención particular en el tema emocional que incluye la temática de SSR.

La capacitación permitió al personal médico y de enfermería abordar la atención a las usuarias bajo un trato más humano y empático. También facilitó reflexionar sobre la violencia obstétrica y el rol de las/os prestadores de salud para reducir este tipo de violencia aplicando lo aprendido, a través de la escucha a las usuarias y sus familiares, para conocer sus usos y costumbres.

“[...] hemos aprendido y hemos mejorado la relación médico-paciente, ya ha mejorado la atención del servicio” (R. Sanjinés).

4.1d. ¿Fueron adecuados los contenidos y metodologías formativas implementadas considerando las especificidades y necesidades de las/os médicos y parteras tradicionales?

El proyecto concretiza un proceso de mayor tiempo en el fortalecimiento del ejercicio de derechos y desarrollo humano de las parteras y médicos tradicionales, apoyado por Alianza por la Solidaridad (APS). La percepción generalizada de las parteras y médicos tradicionales, es que el proyecto les ha permitido compartir sus saberes con la medicina occidental y adoptar un rol en el sistema de atención materna prenatal, y así también ejercer como promotoras de salud.

El intercambio de saberes entre médicos tradicionales y de la medicina científica, ha sido de mucha utilidad sobre todo para las parteras, que han sumado a sus prácticas nuevos saberes que vienen de la medicina occidental.

La implementación de las medidas indicadas en la política SAFCI sobre la habilitación de: Salas de parto intercultural, el Consejo Municipal Intercultural en Salud y el Comité Local de Salud de los municipios, están en funcionamiento en los establecimientos de salud de los municipios de intervención.

Para las parteras y médicos tradicionales, el proyecto ha permitido incluir esta función tradicional y cultural al sistema y gestión de salud con la población, afirmando su saber, rol de médico tradicional y de mujeres líderes. Los contenidos y metodologías han sido muy útiles, porque han permitido un intercambio y coordinación de parteras y médicos tradicionales con personal de salud del sistema médico occidental. Asimismo, se ha profundizado en las formas de violencia obstétrica.

“[...] no sabía yo muy bien sobre esos métodos en salud. Ahora me gusta, tantos años he ejercido, pero ahora estoy viendo más cosas” (D. Mamani).

4.1e. ¿Las propuestas trabajadas por las mujeres y jóvenes para la incidencia en normas y políticas públicas, fueron adecuadas a la identificación de sus necesidades y prioridades?

En el caso de los municipios del Altiplano (Viacha, Pucarani y El Alto), se formularon propuestas de alcance operativo desde la propia población beneficiaria para la atención en salud, en particular de mujeres madres y en edad fértil, que plantean la necesidad a los servicios de salud, de establecer horarios flexibles para la atención en anticoncepción y para la toma de muestra de Papanicolaou. En el caso del Municipio de Coroico se ha gestionado procesos de incidencia política por parte de la red de jóvenes, que han tenido como resultado un caso exitoso con la aprobación de una de estas propuestas. En La Paz, se cuenta con instancias de participación juvenil que han solicitado la inclusión de presupuesto y atención (AIDA) en SSR para jóvenes y adolescentes en el programa operativo anual.

Si bien hubo un espacio de decisión del proyecto, éste ha sido para abordar, conocer y aprobar la implementación del mismo en la gestión municipal de los municipios de cobertura, en particular en los servicios de salud, atención e infraestructura.

A lo largo del proyecto, se capacitó a 86 mujeres en vigilancia e incidencia, 43 de las cuales (50%), participaron en espacios de participación ciudadana e incidencia, para plantear sus demandas en torno a salud materna y sus DSDR ante sus autoridades políticas y de salud. En el informe de cierre del proyecto, se reporta que las mujeres capacitadas en incidencia y vigilancia, realizaron un total de 19 propuestas de incidencia, superando la meta establecida.

La socia co-ejecutora CDD indica, respecto a la incidencia política que, en el caso de los municipios de Coroico y La Paz, se implementaron laboratorios de control social y vigilancia en salud, gestionados por jóvenes y adolescentes, desde los cuales se realizaron procesos de incidencia política siendo presentadas tres propuestas de control social y vigilancia juveniles a sus gobiernos municipales, habiendo logrado que una de ellas sea aprobada por el municipio.

Un elemento importante que resalta CDD, ha sido que en la medida que se responde a un problema social en base a una oferta para satisfacer una necesidad, hay un proceso natural, no forzado, que empata con la propuesta, en el que las lideresas adultas, mujeres, adolescentes y jóvenes han respondido muy bien, porque han sentido que han generado las propuestas desde su propio contexto, en el que ellas/os han sido protagonistas.

4.2 Coherencia

4.2.1 Coherencia interna

¿Cómo ha sido la coordinación entre Alianza por la Solidaridad, Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) y el Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza (CPMGA), para la implementación del proyecto?

Se observa que ha existido una adecuada coordinación entre Fundación Alianza por la Solidaridad y las socias co-ejecutoras locales, esta coordinación ha permitido a las ejecutoras del proyecto acceder a los diferentes niveles de gobierno y sectores sociales para implementar las actividades programadas. Además, el consorcio compuesto por APS, CDD y CPMGA, ha ejecutado de manera conjunta las acciones de implementación y funcionamiento de los AIDAJ, los encuentros entre parteras y médicos, los foros y seminarios y el concurso de periodistas.

La percepción de la socia CPMGA, sostiene que la coordinación con Alianza por la Solidaridad ha sido adecuada y ha permitido dar continuidad a la estrategia de apoyo humanitario a mujeres, adolescentes, jóvenes y en edad fértil en situación vulnerable en sus propios municipios, o población inmigrante en el municipio de El Alto. De igual manera, desde la percepción de la socia co-ejecutora CDD, la coordinación bilateral con Alianza por la Solidaridad, ha sido adecuada, ya que se han recibido lineamientos previos para el arranque del proyecto, durante su implementación y al cierre del mismo de parte de Alianza (como líder del consorcio).

4.2.2 Coherencia externa

Durante la ejecución del Proyecto, ¿ha habido coordinación, complementariedad y/o armonización con otras instituciones u actores que trabajan en la misma temática o el mismo contexto?

El CAD – OCDE indica que “La coherencia externa toma en cuenta la consistencia de la intervención con las intervenciones de otros actores en el mismo contexto. Esto incluye la complementariedad, la armonización y la coordinación con otros actores, así como el grado en que la intervención ofrece un valor añadido y a su vez evita la duplicación de esfuerzos”³.

³ OCDE. “Mejores criterios para una mejor evaluación. Definiciones revisadas de los criterios de evaluación y principios para su utilización de uso”. OECD DAC Network on Development Evaluation, 2020.

En ese sentido, se observa que hubo coordinación del proyecto con otras instituciones presentes en el territorio de implementación, que trabajan las temáticas de SSR, DDSS y DDDR, específicamente, estas instituciones fueron: CIES, la Comunidad de Derechos Humanos y Plan Internacional Inc. Se conoce que otras organizaciones también trabajan los temas de SSR, violencia de género y generacional, con las cuales se ha conseguido armonizar algunas acciones a través de la demanda o necesidad de los/as usuarios/as y operadas por los servicios públicos de salud.

Se considera la importancia que ha tenido la coordinación que ha gestionado Alianza por la Solidaridad con el SEDES, que ha permitido desarrollar las acciones necesarias para la implementación del proyecto, así como para la acción tripartita del proyecto entre Alianza por la Solidaridad, CDD y el CPMGA.

Cabe mencionar que, de acuerdo a la percepción de la socia co-ejecutora CDD, hubo una adecuada coordinación con algunas entidades, entre ellas el SEDES, CIES, y la Comunidad de DD.HH. y que, con otras, específicamente con UNFPA, hubo algunas tensiones en el marco de la ejecución:

“Se ha hecho un trabajo muy importante desde el proyecto en coordinación con el SEDES, lo que ha permitido hacer vínculos también con el CIES, la Comunidad de DDHH, sobre todo en todo el trabajo preventivo y todo lo que tiene que ver con AIDA, pero por ejemplo, en algún momento hemos tenido dificultades con el UNFPA... en algún momento ha habido una tensión, porque se está haciendo lo mismo en un macrodistrito en El Alto, creo que hay la posibilidad de sumar acciones y no duplicar esfuerzos y no generar ruido ahí, eso creo que se hubiera podido hacer.” (A. Kudelka)

Si bien la coordinación, complementariedad y/o armonización con otras instituciones u actores que trabajan las mismas temáticas no ha sido un objetivo específico de este proyecto, la coherencia externa es deseable para cualquier intervención de carácter social, en este sentido se valora positivamente la coordinación y las sinergias conseguidas con instituciones como el SEDES, CIES, Comunidad de DD.HH. y Plan Internacional, y se recomienda, para futuras implementaciones, desarrollar un mapeo y análisis de actores a detalle en la fase de diseño de los proyectos, identificando posibles alianzas, por un lado, y duplicidad de esfuerzos, por otro, para evitar tensiones, como las que identifica CDD respecto a UNFPA.

4.3 Eficacia

4.3a. ¿Cuál ha sido el nivel de cumplimiento de las metas programadas del proyecto?

La eficacia del proyecto, en cuanto a cumplimiento de las metas programadas ha sido perfecta, todos los indicadores de objetivo y de resultado han cumplido o han rebasado las expectativas, presentando entre 100% y 964% de cumplimiento.

En este punto, lo recomendable para el equipo implementador, pensando en futuros proyectos, es calibrar las metas considerando los niveles de cumplimiento de experiencias anteriores (por ejemplo, la de este proyecto), puesto que niveles de cumplimiento que superan el 200% dejan entrever que, probablemente, estas metas fueron diseñadas sin considerar el verdadero potencial del equipo, sus fortalezas y las oportunidades del entorno, o sobredimensionando las debilidades internas o las amenazas externas, y por lo tanto, en el transcurso del proyecto, resultaron relativamente fáciles de alcanzar; el diseño de futuras implementaciones, debe tomar en cuenta el potencial del equipo implementador y del socio, planteando metas más ambiciosas.

En el siguiente cuadro se detalla, indicador por indicador, cuál ha sido el nivel de cumplimiento:

Cuadro 1. Matriz de Cumplimiento de Indicadores (MCI)

Indicador/meta prevista	Línea de base	Evaluación	Cumplimiento
OE1 R1: Mujeres adultas fortalecidas para su auto reconocimiento como sujetas de derechos y para la gestión participativa en salud sexual y reproductiva (SSSR), con énfasis en la salud materna.			
IOE1R1.1. Al menos 50% de las mujeres adultas capacitadas como promotoras han realizado orientación en salud sexual y reproductiva a sus pares, llegando a 4000 personas.	Se parte de 0	En el informe de cierre del proyecto, se reporta que se capacitó a un total de 326 mujeres adultas como promotoras comunitarias de la salud en los cinco municipios de intervención (Viacha: 30, Pucarani: 31, El Alto: 30, Coroico: 83 y La Paz: 152). Las réplicas alcanzaron a 6849 personas (5396 mujeres y 1453 hombres) en los cinco municipios de intervención.	Indicador alcanzado. 171% de cumplimiento del indicador A lo largo de todo el proyecto se capacitó a 326 mujeres, de las cuales 208 (63%) realizaron réplicas con información sobre salud sexual y salud reproductiva, alcanzando un total de 6849 personas .
I.OE1R1.2. Al menos el 20% de mujeres capacitadas en vigilancia e incidencia, participan en espacios de participación ciudadana e incidencia, para plantear sus demandas en torno a salud materna y sus DSDR ante sus autoridades políticas y de salud.	Se parte de 0	En el informe de cierre del proyecto, se reporta que las mujeres capacitadas en incidencia y vigilancia, realizaron un total de 19 propuestas de incidencia (Coroico: 4, Pucarani: 4, Viacha: 4, El Alto: 4 y La Paz: 3). Asimismo, se reporta que 114 promotoras (La Paz: 33, Coroico: 30, Pucarani: 20, Viacha: 16 y El Alto: 15), implementaron acciones de acompañamiento y orientación individual a otras mujeres, vinculadas a la atención en los servicios públicos locales, realizando la orientación de 650 casos.	Indicador alcanzado. 250% de cumplimiento del indicador A lo largo del proyecto, se capacitó a 86 mujeres en vigilancia e incidencia, 43 de las cuales (50%), participaron en espacios de participación ciudadana e incidencia, para plantear sus demandas en torno a salud materna y sus DSDR ante sus autoridades políticas y de salud.
IOE1R1.3. Al menos 50% de las promotoras comunitarias de salud sexual y reproductiva, de los municipios de intervención, han implementado acciones en articulación con proveedoras/es de servicios públicos de salud.	Se parte de 0	En el informe de cierre del proyecto, se reporta que: <ul style="list-style-type: none"> En Coroico se implementó una campaña de PAP para la prevención del CACU. En La Paz se realizó la socialización de la campaña CACU propuesta en el hospital La Merced. En El Alto, Viacha y Pucarani, las promotoras de la salud en centros de apoyo, se han incorporado en los Comités de Análisis de Información (CAI) en Salud, promoviendo un espacio de articulación con proveedoras/es de servicios públicos de salud. 	Indicador alcanzado. 100% de cumplimiento del indicador. A lo largo del proyecto, se capacitó a 86 mujeres en vigilancia e incidencia, 43 (50%) de las cuales, han implementado acciones de articulación con proveedoras/es de servicios públicos de salud.
IOE1R1.4. Se han sensibilizado al menos 35.000 personas respecto a la lucha contra violencia obstétrica y atención de la salud materna con respeto intercultural.	Se parte de 0	Se reporta que se realizó el diseño e implementación de las siguientes campañas comunicacionales contra la violencia obstétrica y en favor de la salud materna intercultural: <ul style="list-style-type: none"> Campaña comunicacional 2023 contra la violencia obstétrica y en favor de la salud materna, con 6 programas radiofónicos “Embarazos Seguros y Libres de Violencia Obstétrica” y 12 artes digitales para redes sociales. Campaña realizada el 2024, con la difusión de 6 microprogramas, respecto a la prevención de Violencia Obstétrica. Campaña sobre violencia obstétrica denominada: “Embarazos Seguros” cuyo eslogan fue “Por una atención libre de violencia”. Campaña en Redes Sociales “Sin Riesgo”. Podcast sobre violencia obstétrica. Campaña sobre embarazos adolescentes. Concurso para el producto final del fondo documental sobre la violencia obstétrica, cuyo ganador fue el minidocumental llamado: “Gritar en Silencio, Amukim Jan Arnakaña”. El documental se presentó en la cinemateca boliviana. 	Indicador alcanzado. 964% de cumplimiento del indicador. A través de las campañas comunicacionales se ha informado y sensibilizado a 337.236 personas respecto a la lucha contra violencia obstétrica y atención de la salud materna con respeto intercultural.
OE1 R2: Operadoras/es y gestoras/es públicos y de la medicina tradicional fortalecidas/os para la atención de la salud materna y SSSR de calidad, libre de violencia, de manera articulada y en respuesta a demandas de la población.			
OE1R2.1. Al menos 56 proveedoras/es de la	Se parte de 0	En el informe de cierre del proyecto, se reporta que se han capacitado a 70 parteras y médicos tradicionales, en los	Indicador alcanzado. 125% de cumplimiento del indicador.

Indicador/meta prevista	Línea de base	Evaluación	Cumplimiento
<p>medicina tradicional han fortalecido sus conocimientos en torno a la identificación y referencia de casos de violencia de género, de SSSR y salud materna.</p>		<p>cinco municipios de intervención, a través de talleres de capacitación en identificación y referencia de casos de violencia de género y SSSR.</p>	<p>A lo largo del proyecto se han fortalecido conocimientos a 70 proveedoras/es de la medicina tradicional en torno a la identificación y referencia de casos de violencia de género, de SSSR y salud materna.</p>
<p>IOE1R2.2. Al menos dos acciones conjuntas implementadas entre personal de salud y operadoras/es de medicina tradicional para la atención de mujeres en salud sexual y reproductiva.</p>	<p>Se parte de o</p>	<p>Se reporta que las acciones realizadas fueron las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Feria de Salud Materna” en Coroico con la participación del personal de medicina académica del Hospital General de los Yungas y quienes ejercen la medicina tradicional. ▪ “Encuentro de Intercambio de Medicina Tradicional y Medicina Académica” que permitió establecer un diálogo más efectivo con las autoridades para promover la valorización y la incorporación de la Medicina Tradicional en el sistema de salud. ▪ Fortalecimiento de la Medicina Tradicional y la conservación de las plantas medicinales que son esenciales para prevenir su extinción y dependen de la difusión y sistematización del conocimiento. ▪ Plan de trabajo a nivel municipal (La Paz), para la conformación del consejo municipal de interculturalidad en salud, que está compuesto por médicos tradicionales y médicos académicos. ▪ Conformación del “Comité articulador de la medicina formal y tradicional” en los municipios de El Alto, Viacha y Pucarani. ▪ Conformación de la “Red intermunicipal de parteras” en El Alto, Viacha y Pucarani <p>Asimismo, se han realizado 4 encuentros entre prestadores/as de medicina tradicional y médicos académicos, con un total de 157 asistentes.</p>	<p>Indicador alcanzado. 300% de cumplimiento del indicador.</p> <p>Se logrado realizar seis acciones conjuntas implementadas entre personal de salud y operadoras/es de medicina tradicional para la atención de mujeres en salud sexual y reproductiva.</p>
<p>IOE1R2.3. Al menos el 60% de establecimientos de salud priorizados, aplican acciones en favor de la atención intercultural de la salud materna y contra la violencia obstétrica, en base a propuestas de la población.</p>	<p>Se parte de o</p>	<p>El informe de cierre del proyecto reporta que al finalizar se ha realizado asistencia técnica a 17 centros de salud y hospitales en Viacha, Pucarani, El Alto, Coroico y La Paz.</p> <p>En La Paz y Coroico se recogió información sobre la adecuación cultural respecto a la atención en salud materna y se identificaron prácticas que se desarrollan en la atención de las mujeres en el proceso de parto, post parto y atención neonatal. Es así que se incorporaron, al menos una de las siguientes prácticas tradicionales en ocho de los 10 establecimientos de salud: (i) Acompañamiento de la pareja u otro familiar durante el parto, (ii) Devolución de la placenta, (iii) Parto en cama y no en camilla y (iv) Prácticas y tradiciones con el neonato.</p> <p>Asimismo, en cinco establecimientos de salud de El Alto (3), Pucarani (1) y Viacha (1), recibieron materiales para adecuar su sala de parto con enfoque intercultural.</p>	<p>Indicador alcanzado. 127% de cumplimiento del indicador.</p> <p>Se ha realizado asistencia técnica a 17 establecimientos de salud de los cinco municipios de intervención.</p> <p>De los 17 establecimientos de salud, en ocho (47%) aplican acciones en favor de la atención intercultural de la salud materna y contra la violencia obstétrica en base a propuestas de la población.</p> <p>Además, en cinco (29%) establecimientos de salud, se realizó la adecuación intercultural de las salas de parto.</p>
<p>OE2 R1.1: Incrementada la participación ciudadana de adolescentes y jóvenes en la promoción de la salud sexual y salud reproductiva</p>			
<p>IOE2R1.1. Al menos 60% adolescentes y jóvenes capacitadas han realizado orientación en salud sexual y reproductiva a sus pares, llegando a 4175 personas (mujeres y hombres).</p>	<p>Se parte de o</p>	<p>El informe de cierre del proyecto reporta que 367 jóvenes y adolescentes han participado de talleres de capacitación en derechos sexuales y reproductivos (La Paz: 167, Coroico: 60, El Alto: 60, Viacha: 40 y Pucarani: 40).</p> <p>En total se han realizado 256 talleres de réplicas a pares, lideradas por adolescentes y jóvenes capacitadas/os (La Paz: 59, Coroico: 16, Viacha: 46, Pucarani: 24 y El Alto: 111), llegando a un total de 4940 jóvenes y adolescentes.</p>	<p>Indicador alcanzado. 118% de cumplimiento del indicador.</p> <p>El 70% (256 de 367) de las/os adolescentes y jóvenes capacitadas/os han realizado orientación en salud sexual y reproductiva a sus pares, a través de talleres de réplica, llegando a 4940 personas (mujeres y hombres).</p>

Indicador/meta prevista	Línea de base	Evaluación	Cumplimiento
IOE2R1.2. Al menos el 20% de adolescentes capacitadas en vigilancia e incidencia, participan en espacios de concertación para plantear sus demandas en torno a sus DSDR a sus autoridades y funcionarias/os públicos	Se parte de 0	El informe de cierre del proyecto reporta que 253 adolescentes han sido capacitados/as en vigilancia e incidencia, de los/as cuales 92 han participado en diferentes espacios en los que han planteado sus demandas respecto a DDSS y DDDR a autoridades.	Indicador alcanzado. 180% de cumplimiento del indicador. El 36% (92 de 253) de los/as adolescentes capacitadas/os en vigilancia e incidencia, participan en espacios de concertación para plantear sus demandas en torno a sus DSDR a sus autoridades y funcionarias/os públicos.
IOE2R1.3. Al finalizar el proyecto, al menos 50% de adolescentes y jóvenes han implementado acciones en articulación con proveedoras/es de servicios AIDAJ y otros servicios de la ruta de atención de la violencia.	Se parte de 0	Se reporta que las/os adolescentes y jóvenes capacitados/as, han implementado la auditoría social en AIDAJ y herramientas de control social. Asimismo, desarrollaron habilidades en investigación como parte del control social a siete establecimientos de salud que ofertan los servicios AIDA. Se cuenta con seis propuestas trabajadas.	Indicador alcanzado. 100% de cumplimiento del indicador. Al finalizar el proyecto, el 50% (126 de 253) de adolescentes y jóvenes capacitados/as, han implementado acciones en articulación con proveedoras/es de servicios AIDAJ y otros servicios de la ruta de atención de la violencia.
IOE2R1.4. Al finalizar el proyecto, se han sensibilizado al menos a 40.000 personas respecto a la prevención de violencia sexual y embarazos en menores de 15 años.	Se parte de 0	Se realizaron varias campañas de difusión y sensibilización diferenciadas, orientadas a las poblaciones meta, orientadas a la prevención de violencia sexual y embarazos en menores de 15 años, alcanzando un total de 306.569 personas, de acuerdo al informe de cierre del proyecto.	Indicador alcanzado. 766% de cumplimiento del indicador. A través de las campañas comunicacionales se ha informado y sensibilizado a 306.569 personas respecto al embarazo adolescente, violencia sexual y centros AIDAJ.
IOE2R1.5. Al finalizar el proyecto, 7 entidades que trabajan la violencia obstétrica y la violencia sexual en Comunidad Valenciana participan en los talleres propuestos e intercambian experiencias	Se parte de 0	El informe de cierre del proyecto no reporta información.	No hay datos respecto a este indicador.
IOE2R1.6 Al finalizar el proyecto, al menos 20.000 personas (60% mujeres) de la CV conocen la situación en torno a la violencia obstétrica y los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes	Se parte de 0	El informe de cierre del proyecto no reporta información.	No hay datos respecto a este indicador.
OE2 R2: Autoridades, funcionarias/os y operatoras/es de servicios públicos fortalecidas/os para la prevención de violencia sexual y embarazos en adolescentes con énfasis menores de 15 años.			
IOE2R2.1. Al menos 120 proveedoras/es de servicios públicos de salud han fortalecido sus conocimientos en torno a la atención diferenciada a adolescentes en SSSR con calidad, enfoque de género, interculturalidad y respeto a derechos humanos	Se parte de 0	El informe de cierre del proyecto reporta que CDD han realizado: <ul style="list-style-type: none"> Tres talleres de fortalecimiento capacidades del personal de salud para la atención diferenciada a adolescentes en SSSR (2 en Coroico y 1 en La Paz) con 114 asistentes (78 en Coroico y 36 en La Paz). 10 talleres de fortalecimiento de capacidades del personal de salud para la atención a jóvenes y adolescentes en violencia sexual (La Paz: 4, Coroico: 2 y 4 virtuales para personal de El Alto, Pucarani y Viacha), con la participación de 143 asistentes (65 en La Paz, 3 en Coroico y 75 en las sesiones virtuales). <p>En total se ha capacitado a 257 personas del área de salud.</p>	Indicador alcanzado. 214% de cumplimiento del indicador. A través de talleres, se han fortalecido las capacidades y conocimientos en torno a la atención diferenciada a adolescentes en SSSR con calidad, enfoque de género, interculturalidad y respeto a derechos Humanos de 257 proveedoras/es de servicios públicos de salud.

Indicador/meta prevista	Línea de base	Evaluación	Cumplimiento
<p>IOE2R2.2. Al menos 100 proveedoras/es de servicios públicos de salud y de atención de la violencia han incrementado sus conocimientos respecto a género, derechos humanos, violencia sexual y prevención de embarazos en adolescentes.</p>	<p>Se parte de 0</p>	<p>El informe de cierre del proyecto reporta que se realizaron talleres de fortalecimiento de capacidades del personal de salud y operadoras/es de la ruta de atención de la violencia para la atención de violencia sexual en adolescentes, con funcionarias/os de los servicios de DNA y SLIM, servidoras/es de la FELCV, jueces, servidores de salud y de educación.</p> <p>Asimismo, en articulación con el VIO, se realizó el Encuentro Departamental Potosí “Por una Vida Libre de Violencia” que contribuyó a fortalecer los conocimientos y el trabajo que se está realizando y se seguirá realizando para la erradicación de la Violencia contra las mujeres. También se apoyó la conformación de la Plataforma Departamental de Prevención de Embarazo en la Adolescencia y Juventud Oruro, para incidir en la problemática del embarazo en jóvenes en el marco del Plan Multisectorial de Desarrollo Integral para vivir Bien de la juventud 2021 – 2025.</p> <p>Además, en articulación con la Fiscalía General, se apoyó la 6ta versión de la escuela de fiscales con la asignatura derechos humanos en la función fiscal - derechos de poblaciones en situación de vulnerabilidad y Constitución Política del Estado y Derechos Humanos aplicados en la Función Fiscal</p> <p>A través de la implementación de estas actividades, se alcanzó a un total de 383 funcionarios/as.</p>	<p>Indicador alcanzado. 383% de cumplimiento del indicador.</p> <p>A través de diversas actividades, un total de 383 proveedoras/es de servicios públicos de salud y de atención de la violencia han incrementado sus conocimientos respecto a género, derechos humanos, violencia sexual y prevención de embarazos en adolescentes.</p>
<p>IOE2R2.3. Al menos 6 servicios de salud implementan mejoras para cumplimiento de atención integral y diferenciada a adolescentes, en base a guía de atención.</p>	<p>Se parte de 0</p>	<p>El informe de cierre del proyecto reporta que se han implementado 15 centros AIDAJ que han sido debidamente certificados (La Paz: 2, Coroico: 1, Viacha: 5, Pucarani: 2 y El Alto: 5), nueve de los cuales han realizado mejoras para cumplimiento de atención integral y diferenciada a adolescentes, en base a la guía de atención.</p>	<p>Indicador alcanzado. 150% de cumplimiento del indicador.</p> <p>Al finalizar el proyecto, 9 servicios de salud implementan mejoras para cumplimiento de atención integral y diferenciada a adolescentes, en base a guía de atención.</p>
<p>IOE2R2.4. Al menos 30 autoridades municipales o de servicios asumen compromisos de acciones en favor de la prevención de embarazos en menores de 15 años.</p>	<p>Se parte de 0</p>	<p>Algunas de las autoridades reportadas, que asumen compromisos son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcaldesa Municipal de Coroico (GAMC). ▪ Responsable de SLIM y DNA (GAMC). ▪ Director del Hospital General de los Yungas. ▪ Secretario Municipal de Educación y Desarrollo Social (GAMLPL). ▪ Gerente del Instituto de la Juventud (GAMLPL). ▪ Responsable Departamental del Continuo de la Vida (SEDES). ▪ Coordinador de Red de Salud 3 (SEDES). ▪ Coordinadora de Red de Salud 4 (SEDES). ▪ Director Nacional de la FELCV. ▪ Responsable Componente de Adolescencia (MSD). ▪ Responsable del Componente de atención a la violencia (MSD). 	<p>Indicador alcanzado. 100% de cumplimiento del indicador.</p> <p>Al finalizar el proyecto, 30 autoridades municipales o de servicios asumen compromisos de acciones en favor de la prevención de embarazos en menores de 15 años.</p>

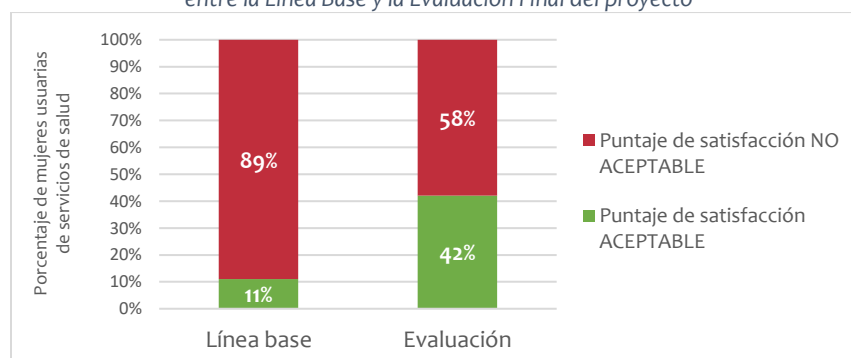
Elaboración propia con base en el “Informe de Cierre del Ciclo de Seguimiento del Proyecto”

Satisfacción de las usuarias de servicios municipales de salud y protección.

En lo que respecta a la satisfacción de las usuarias de los servicios municipales de salud, cuyo mejoramiento se había planteado el proyecto como un objetivo, se observa que el puntaje de satisfacción es ACEPTABLE, dado que se ha incrementado de 11% de las usuarias calculado en la línea base, a 42% en la presente evaluación, este puntaje se ha calculado con base en el test de satisfacción a usuarias de servicios de salud aplicado en los

establecimientos donde el proyecto intervino, por lo cual, esta mejora en la satisfacción de las mujeres que acuden a estos establecimientos es atribuible al proyecto⁴.

Gráfico 1. Puntaje de satisfacción de usuarias de servicios de salud, en los establecimientos donde intervino el proyecto. Comparativo entre la Línea Base y la Evaluación Final del proyecto



Fuente: Estudio de Línea Base, y test de satisfacción a usuarias de servicios de salud, ago. – sep. 2024

4.4 Eficiencia

4.4a. ¿La forma de relacionamiento y el trabajo con autoridades municipales y funcionarias/os de salud, permitió realizar las acciones previstas con las mujeres?

La percepción de funcionarias/os de salud (El Alto) ha sido positiva a nivel personal, ya que lograron actualizar sus conocimientos sobre derechos, violencia y SSR. Se corrobora de manera positiva que la capacitación a médicos de la red y de los centros de salud, ha sido una buena estrategia, ya que les ha permitido identificar el grado de responsabilidad que tienen en la atención en los centros de salud y, en ciertos casos, se evidenció que esto contribuyó a facilitar la implementación del proyecto.

Se observa puntualmente en el personal de salud, cierta resistencia para poner en práctica los saberes y aprendizajes adquiridos en los talleres, específicamente aquellos vinculados a la temática de violencia obstétrica. Se arguye, por una parte, la falta de tiempo para atender a las propuestas de los diferentes proyectos y, por otra, la negación que tienen sobre violencia obstétrica como un problema causado por este personal.

Respecto a la forma de relacionamiento, para la socia co-ejecutora del CPMGA, la implementación del proyecto y ejecución de las acciones previstas con autoridades municipales y funcionarias/os de salud tuvo limitaciones, por la alta rotación de personal, hecho que dificultó dar continuidad a los procesos iniciados con personal de los GAMs.

Otra limitación a la que se hizo referencia, es que, a nivel departamental, es decir a nivel del SEDES, la política de adecuación cultural de los servicios de salud está más desarrollada que en los municipios, de hecho, el SEDES ha contratado las parteras y médicos tradicionales que coordinan y trabajan con los municipios, y los GAM no se han apropiado todavía de esta lógica de trabajo, además que no cuentan con los recursos para contratar, por cuenta propia, parteras y médicos tradicionales.

⁴ En el anexo 7.5 se presenta la metodología de medición empleada para calcular el nivel de satisfacción de las usuarias de estos servicios, que fue la misma metodología empleada en la línea base.

Asimismo, la insuficiente dotación de insumos para servicios de salud, que es un aspecto generalizado en todo el sistema de salud en el país y en todos los niveles, así como las dificultades de acceso físico a servicios de segundo y tercer nivel, por su lejanía de áreas rurales y periurbanas y por su saturación, son aspectos estructurales del sistema de salud boliviano, que limitan las iniciativas que buscan una mejora y mayor adecuación cultural y la eliminación de la violencia obstétrica, puesto que las prioridades de atención a la población usuaria está puesta en subsanar dichas deficiencias estructurales.

“... hay un tema de las parteras y médicos tradicionales que se ha establecido, pero a partir de una relación con el SEDES y no con el municipio...” (S. Tamayo)

Se resalta que, en un contexto de conflictividad social, los eventos previstos se llevaron a cabo gracias al compromiso que tienen las/os titulares de derechos, mujeres, promotoras, adolescentes y brigadistas con el proyecto, quienes participaron activamente de las actividades propuestas pese a los conflictos y/o bloqueos.

Para la socia co-ejecutora de CDD, el trabajo coordinado ha sido exitoso, basado en el abordaje multiactor propuesto por el proyecto, que ha permitido gradualmente involucrar en el camino a todos los actores e instituciones relacionadas, el SEDES, servidores/as públicos y autoridades municipales.

“[...] entonces el sentir que son parte de todos estos procesos, más allá de un proyecto puntual, ha sido fundamental” (A. Kudelka)

Según las autoridades y los/as técnicos/as municipales, el GAM en su conjunto ha facilitado la implementación del proyecto, desde una coordinación interinstitucional. Un caso puntual ha sido la adecuación de las salas de parto intercultural, y en menor medida la formalización y funcionamiento de instancias de participación comunitaria, de parteras y médicos tradicionales (CAI, COLOSA, Consejo Intercultural de Salud) a los que han asistido los titulares de derechos, mujeres y adolescentes. En el GAM de El Alto y de Pucarani se indica que, los cooperantes son aliados estratégicos para la atención en el sector salud del nivel municipal, también para la comunicación e información a la población.

“[...] que haya esa coordinación directa con el personal de salud, porque está más enfocado en este ámbito” (S. Falcón).

En la red de salud de La Paz, se ha establecido una coordinación a través de un gestor de calidad, que ha informado sobre las actividades previstas y coordinadas con el SEDES, sobre su realización y el seguimiento al personal de salud, en el marco del proyecto. Para Karla Cuba (Gestor de calidad de la Red norte central La Paz), el resultado se observa en el fortalecimiento de la relación entre el personal de salud y las usuarias.

En el caso del Municipio Coroico, la coordinación abierta del Despacho de la Alcaldesa, permitió ingresar en el segundo año de ejecución del proyecto, con los temas de SSR a comunidades del municipio, tanto para mujeres como para adolescentes. De acuerdo a René Sanjinés, la coordinación entre el GAM de Coroico y el Hospital, ha sido a través del SLIM y de organizaciones de mujeres, que han planteado demandas como usuarias en temas de atención, y se ha empezado a incluir nuevos enfoques y desafíos para implementar y encaminar la mejora en la atención y gestión de calidad hacia la necesidad de la usuaria externa.

“[...] también ha habido un acercamiento al hospital a través del Dr. René Sanjinés [...] y ha habido resultados de trabajo y eso hay que aplaudir” (D. Escobar).

Las parteras y médicos tradicionales, tienen una relación de larga data con el CPMGA para la inclusión de la medicina tradicional, por lo que el trabajo ha sido en cierta medida una continuidad de la implementación de las medidas que dispone la política SAFCI en el tema intercultural. Consideran también que es un avance significativo el contar con salas de parto intercultural en los centros de salud (Viacha). Reconocen que anteriormente no había relación entre la medicina científica y la tradicional, así como reconocen el hecho de una cultura altamente machista.

4.4b. ¿Fue adecuado el uso de los recursos económicos con relación a las actividades ejecutadas y los resultados alcanzados?

El uso de los recursos económicos del proyecto ha sido eficiente, tanto en términos de ejecución presupuestaria como en relación a los resultados obtenidos. La ejecución presupuestaria ha sido de 100%, si bien se observa variaciones al interior de la estructura presupuestaria, las mismas representan menos del 2% del presupuesto total, por lo tanto, se trata de variaciones no sustanciales; la proporción de costos indirectos llega a 9,2% del presupuesto total, que está dentro de los rangos normalmente aceptados para proyectos de cooperación internacional.

Como se ha observado, la eficacia del proyecto, en lo referente al logro de los resultados esperados, ha sido considerablemente superior al 100%, en este sentido, se concluye que la eficiencia del uso de los recursos ha sido muy alta, puesto que con los recursos asignados se ha conseguido resultados que han rebasado las metas programadas, es decir se ha conseguido mucho más de lo que se esperaba.

En el siguiente cuadro se resume la ejecución presupuestaria por tipo de gasto, en euros y porcentaje. El proyecto ha tenido un costo total de € 670.228,48, se ha ejecutado el 100% de los recursos asignados, en algunos grupos de gasto se observa variaciones importantes, por ejemplo, se ha ejecutado sólo el 53,1% de los recursos asignados a viajes, alojamientos y viáticos, y el 73,6% de los recursos de arrendamiento, en cambio, los costos financieros han alcanzado el 147,1% del monto programado inicialmente, y los gastos en realización de la línea base, evaluación y auditoría han llegado al 108,3% respecto al presupuesto original.

Cuadro 2. Ejecución presupuestaria por grupo de gasto, en Euros y %

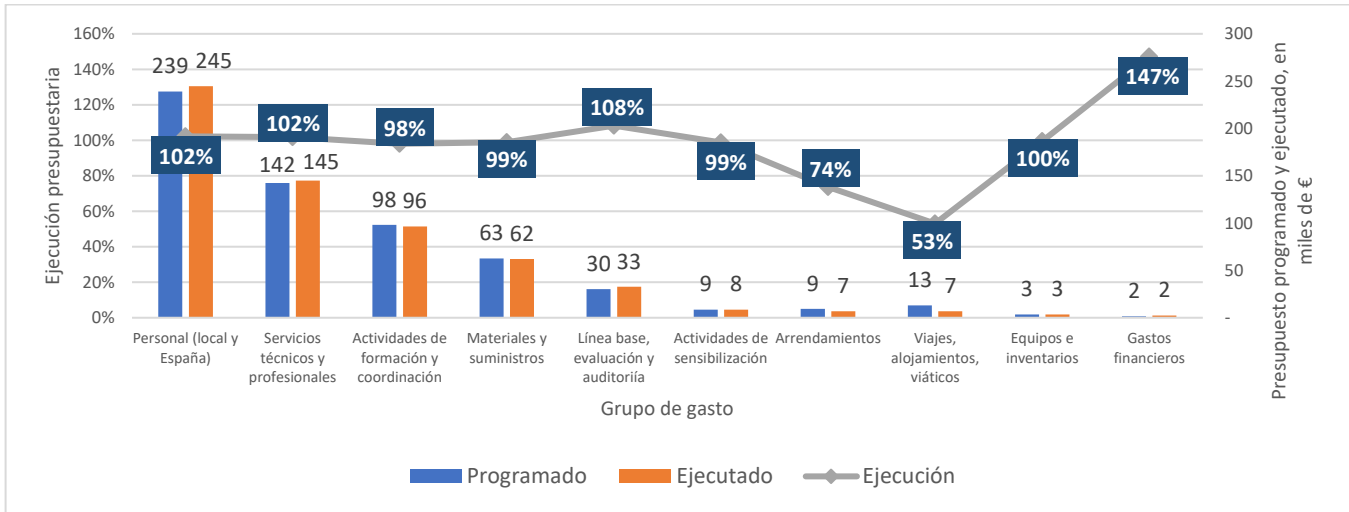
Grupo de gasto	Programado €	Ejecutado €	Ejecución %
Personal (local y España)	239.160,41	244.582,60	102,3%
Servicios técnicos y profesionales	142.344,71	144.983,90	101,9%
Actividades de formación y coordinación	98.225,10	96.341,82	98,1%
Materiales y suministros	62.659,78	61.997,62	98,9%
Línea base, evaluación y auditoría	30.154,61	32.648,55	108,3%
Actividades de sensibilización	8.598,92	8.493,59	98,8%
Arrendamientos	9.413,33	6.929,30	73,6%
Viajes, alojamientos, viáticos	12.979,84	6.887,21	53,1%
Equipos e inventarios	3.473,33	3.458,84	99,6%
Gastos financieros	1.511,51	2.224,07	147,1%
Total costos directos	608.521,53	608.547,51	100,0%
Costos indirectos	61.680,97	61.680,97	100,0%
Total general	670.202,50	670.228,48	100,0%

Elaboración propia, con base en Informe de Seguimiento Financiero del Proyecto

Se observa que, los gastos excesivos en algunos grupos de gasto, se compensan con la reducida ejecución presupuestaria en otros, en suma, todas estas variaciones llegan a algo más de ± € 11 mil, lo que equivale a 1,7% del presupuesto total del proyecto, por lo tanto, se trata de variaciones poco significativas, que no inciden de manera determinante en la ejecución del presupuesto, por lo cual se considera modificaciones no sustanciales al presupuesto original.

En el siguiente gráfico, se puede observar de manera mucho más clara, que los grupos de gasto que han tenido variaciones más grandes, tienen muy poco peso específico al interior del presupuesto, por lo tanto, las incidencias que generan a nivel de proyecto son poco significativas.

Cuadro 3. Ejecución presupuestaria por grupo de gasto, en Euros y %

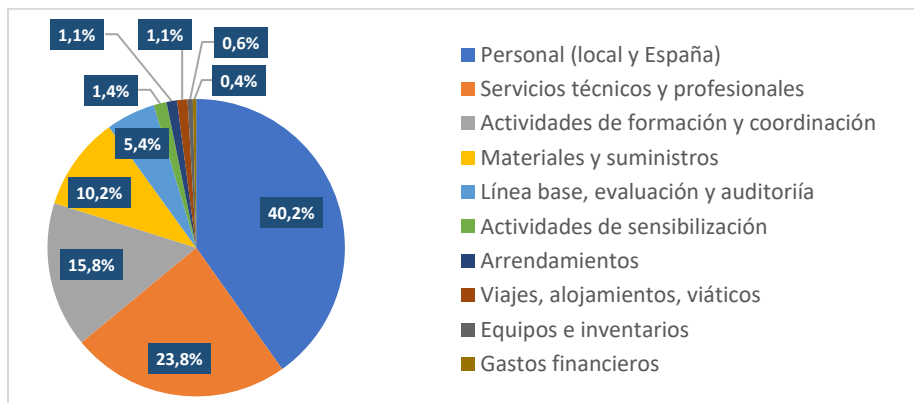


Elaboración propia, con base en Informe de Seguimiento Financiero del Proyecto

En lo que respecta a la distribución de los recursos del proyecto, se observa que la mayor parte se ha destinado a financiar la contratación de personal, tanto local como en sede (España) y en la contratación de servicios técnicos y profesionales externos, el 85,2% de los recursos del proyecto se han destinado a financiamiento de personal, servicios técnicos profesionales (incluyendo los servicios de levantamiento de línea base, evaluación y auditoría) y actividades de formación y coordinación, por lo tanto este ha sido, claramente, un proyecto intensivo en el uso de mano de obra técnica calificada.

Por último, los costos indirectos equivalen al 9,2% del presupuesto total, porcentaje que se encuentra dentro del rango normalmente aceptado de costos indirectos u over head en este tipo de proyecto de cooperación al desarrollo.

Cuadro 4. Distribución del presupuesto, por grupo de gasto.



Elaboración propia, con base en Informe de Seguimiento Financiero del Proyecto

4.4c. ¿Las capacidades del Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza (CPMGA), Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) y Alianza por la Solidaridad fueron suficientes para alcanzar los resultados planificados?

Las/os informantes entrevistados manifiestan su reconocimiento a las capacidades técnicas y redes instaladas de APS, CPMGA y CDD en los municipios de intervención, lo que permitió una gestión adecuada del proyecto y por lo tanto alcanzar los resultados y metas planificadas.

La trayectoria de trabajo de la socia co-ejecutora CPMGA en el Municipio de El Alto, ha facilitado el logro de resultados planificados y se ha llegado a vincular a otros municipios rurales como Viacha y Pucarani, en particular con los servicios de salud, a través del equipo multidisciplinario y su experiencia en DDSS y DDDR, y en base al compromiso social sostenido de las promotoras comunitarias que han sido formadas y hacen parte de esta institución hace años. También se abordó las áreas de incidencia política y atención jurídica en determinados casos con las promotoras.

Las capacidades instaladas de las organizaciones socias han sido bien empleadas en la implementación, desde Alianza por la Solidaridad, como coordinadora general, que cuenta con amplia experiencia de implementación de proyectos de este tipo no solo en Bolivia sino en varios países de la región y otras regiones del mundo, cuenta con un importante respaldo internacional y una capacidad de incidencia a niveles de gobierno departamental y nacional, pasando por el CPMGA, que como se ha mencionado, cuenta con una importante presencia, reconocimiento y experiencia de trabajo en municipios del Altiplano, y concluyendo en CDD, que también tiene amplia experiencia de trabajo y presencia institucional en los municipios de Coroico y La Paz, donde ha formado a las “amamachadoras” y las/os líderes juveniles, quienes se han adscrito al proyecto y se han seguido formando en exigibilidad de derechos y acciones de incidencia, logrando los resultados planificados.

4.4d. ¿Qué factores limitantes y factores facilitadores para el cumplimiento de los resultados esperados se han presentado en el transcurso de la implementación del proyecto?

Se observan percepciones diferentes entre los actores del proyecto en cuanto a los elementos limitantes y facilitadores. Para una de las socias, los bloqueos fueron una limitante, siendo esta consideración basada en una dificultad objetiva, sin embargo, no parece haberlo sido para las autoridades y técnicos municipales. Por otra parte, entre otros factores objetivos que limitaron la implementación del proyecto estuvieron los espacios físicos pequeños que no permitieron la inclusión de todos/as los/as participantes, además de la alta rotación del personal de los GAMs de intervención.

Se valora como elemento facilitador, la cooperación dada por los GAMs a las ejecutoras del proyecto, mediante la provisión de espacios y autorizaciones de acceso, capacitación y participación con personal y en instalaciones de salud. También se valora en gran medida los bienes y servicios otorgados por el proyecto y las facilidades e incentivos indirectos como recursos humanos técnicos, entre otros.

Un elemento facilitador adicional y, probablemente, el que ha impulsado con mayor fuerza la implementación del proyecto, ha sido el compromiso de muchas personas (mujeres, adolescentes y jóvenes), además del personal de algunos centros (El Alto, Coroico y La Paz) y en especial la articulación directa con el SEDES.

De acuerdo a la socia co-ejecutora del CPMGA, hubo limitaciones en la implementación, ya sea porque el área o tema de trabajo es complejo, o porque hubo bloqueos de escala nacional por los que se suspendieron actividades en determinados momentos. Dificultad que ha sido superada por el compromiso de las/os titulares de derechos, mujeres, promotoras, adolescentes brigadistas, gestores y gestoras de salud que llevaron adelante las actividades pese a este contexto. En los factores facilitadores se encuentra la apertura de autoridades municipales y prestadores/as de salud, en especial del Municipio de Pucarani.

Un factor limitante percibido, fue la alta rotación de funcionarias/os municipales, del personal de salud designado, directores/as de los centros de salud, directores/as de la unidad o dirección dependiente del municipio, de la cual dependía el área de salud, como también en personal responsable de las áreas de prevención de la violencia, debiéndose reprogramar las actividades vinculadas a estas áreas para la efectiva implementación del proyecto.

Para la socia co-ejecutora de CDD, se han tenido mayores facilidades para la implementación del proyecto, a partir de la buena disposición de autoridades municipales y la firma de un convenio con los GAMs de La Paz y de Coroico. La voluntad personal de la Alcaldesa de Coroico, que de formación es doctora y ha trabajado con temas de SSR, ha facilitado la implementación del proyecto en este municipio. En el caso del GAM de La Paz, el responsable del Instituto de la Mujer ayudó con la provisión de contactos para que la socia pudiera operar los procesos requeridos por el proyecto.

La percepción de la socia CDD sobre los factores que han sido limitantes para la intervención, coincide con las observaciones de otras entrevistadas, como la rotación de personal dentro de los gobiernos municipales, la discrepancia entre los tiempos del proyecto y las agendas de las y los servidores, la burocracia estatal y la tardanza en la firma del convenio. Otro factor percibido, fue la presencia de algunas personas conservadoras, opositoras a los enfoques de derechos humanos y de género, que se hallan presentes tanto en la institucionalidad pública, como en el conjunto de instituciones de la sociedad, medios de comunicación, iglesias y que ha estigmatizado el trabajo de prevención.

“[...] creo que tenemos un reto inmenso de poder trabajar el estigma de manera sostenida, [...] que genere cambios visibles, graduales y medibles” (A. Kudelka).

De acuerdo a autoridades y técnicos municipales y, particularmente, desde la percepción de Janeth Callisaya, directora de salud (2023) del GAM de Viacha, las limitantes surgieron de la cultura machista arraigada en la población, que se constituye todavía en una barrera que impide un mayor posicionamiento del enfoque de derechos y del enfoque de género en el imaginario colectivo. Otros elementos limitantes fueron, el factor tiempo y la participación/representación discontinua de algunas instituciones a lo largo del proyecto. Además, los ambientes pequeños en algunos centros, restringieron la participación de una mayor audiencia en las diferentes actividades promovidas por el proyecto.

Otra limitante que se identificó, han sido los prejuicios de algún personal de salud respecto al rol que cumplen los médicos tradicionales y parteras, en algunos casos, el personal médico académico tiene todavía un prejuicio respecto al trabajo de médicos tradicionales y parteras, desvalorizándolos y considerándolos como parte de un imaginario relacionado a la superstición y no al ámbito de la salud.

Entre los factores que facilitaron la implementación del proyecto, se identifica la apertura de autoridades y técnicos municipales, que cedieron los espacios de los centros de salud para la difusión de las actividades y el acceso a las ferias de salud. Por otra parte, existe una valoración positiva por parte del personal de salud, de funcionarios municipales y de las mismas mujeres destinatarias, respecto a la coordinación y desarrollo de las

actividades del proyecto y a la intervención de los equipos de capacitadores/as, además de los incentivos otorgados en las capacitaciones a las/los participantes; desde su punto de vista, el proyecto mismo ha sido un factor facilitador, que ha permitido promover los derechos de las mujeres y de las adolescentes, a acceder a servicios de salud de mayor calidad, calidez y adecuación cultural.

Los elementos facilitadores que han contribuido al trabajo con el personal de salud, han sido las dinámicas aplicadas durante las capacitaciones, que han permitido a casi todo el personal, acceder a nuevas herramientas para mejorar su trabajo como prestadores de servicios de salud, y, en el marco de la política SAFCI, como educadores en diferentes temas relativos a la salud pública.

La percepción de las parteras y médicos tradicionales, respecto a limitantes ha sido que las promotoras no han podido ejercer en algunos centros de salud, pese a la habilitación de salas de parto intercultural. En cuanto a factores facilitadores, se valora la cooperación de las ONGs socias del proyecto y en particular el apoyo de una Concejala (Sonia), que ha facilitado la socialización de la información en el Municipio de Viacha. También la disposición de algunas médicas/os para apoyar a las mujeres participantes en el municipio de El Alto.

4.5 Impacto y sostenibilidad

4.5a. ¿Las mujeres cuentan con herramientas personales y técnicas, con enfoque de género, interculturalidad y de derechos humanos que les permite exigir sus DDSS y DDDR?

En cuanto a las herramientas personales adquiridas por las mujeres lideresas durante la implementación del proyecto, se puede evidenciar la mejora de su autoestima, generada a partir de los procesos de autoconocimiento impulsados por el proyecto, asimismo el desarrollo de habilidades de liderazgo y oratoria, lo que las ha posicionado como referentes en sus comunidades y actoras de acciones de exigibilidad y vigilancia de DDSS y DDDR.

Es así que los talleres de capacitación en los que participaron las mujeres adultas, han sido fundamentales para la adquisición de nuevos conocimientos, especialmente los referidos a salud materna y violencia obstétrica. En los talleres destinados a los/as adolescentes y jóvenes, se puso mayor énfasis en temas como violencia sexual, métodos anticonceptivos, embarazos adolescentes y AIDAJ.

La perspectiva de derechos humanos fue transversalizada durante la implementación del proyecto, poniendo especial énfasis en la adecuación intercultural y el enfoque de género, reflejado en las capacitaciones al plantear la equidad entre hombres y mujeres en el ejercicio de su sexualidad, de sus derechos y obligaciones.

Las socias implementadoras del proyecto consideran que el empoderamiento de las mujeres que fueron capacitadas en DDSS y DDDR, se debió a las habilidades personales desarrolladas en lo que se refiere a liderazgo, tanto en sus comunidades, como en los espacios familiares, ya que el tema de la salud, en términos de autocuidado y prevención, les ha permitido abordar otros temas con sus hijas/os, utilizando las capacidades y herramientas adquiridas.

[...] las promotoras comunitarias son mujeres lideresas, con un fortalecimiento en cuanto a su autoestima, auto reconocimiento, en cuanto a su visión personal como actoras de cambio en su comunidad y como actoras de cambio en sus vidas personales y en sus familias [...]. El tema de la salud ha sido un elemento fundamental para poder abordar otros temas con sus hijas/os, además de salud sexual y salud reproductiva (S. Tamayo)

Asimismo, según indican las socias, las/os adolescentes y jóvenes participantes, han sido fortalecidos/as en sus habilidades de liderazgo al realizar las réplicas de los conocimientos adquiridos a grupos de pares en sus propias unidades educativas, entre sus amigos/as y en sus universidades, lo que, en muchos casos ha requerido del trabajo de coordinación con los/as directores/as de las unidades educativas y de los establecimientos de salud.

En cuanto al enfoque aplicado, tanto en la elaboración del diseño como durante la implementación del proyecto, existe evidencia que la perspectiva de derechos humanos está transversalizada, a partir de un enfoque de DDSS y DDRR y [...] *tiene un enfoque de género, porque lo que prioriza es plantear una equidad entre hombres y mujeres en el ejercicio de su sexualidad y de sus derechos [...] en el caso de la interculturalidad, la adecuación cultural a las visiones y a las formas y usos de las mujeres, por ejemplo, al acceder a los servicios de salud para un PAP o para el seguimiento de su embarazo y para las/os adolescentes que la atención tenga también una perspectiva intercultural, que no sea desde una perspectiva occidentalizada de cómo se aborda el tema de la sexualidad, sino escuchando al adolescente y planteándole, a partir de sus preguntas, cuáles deberían ser los cuidados que ellos/as pueden tener (S. Tamayo).*

4.5b. ¿Las mujeres beneficiarias han logrado generar habilidades para realizar réplicas?

Las habilidades personales y técnicas adquiridas durante las capacitaciones, descritas en el acápite anterior, han permitido a las mujeres lideresas y a los/as jóvenes participantes contar con las herramientas necesarias para realizar las réplicas, habiendo realizado dichas réplicas en diferentes espacios como casas comunales, comunidades rurales, unidades educativas, institutos técnicos, universidades, centros de salud y ferias de salud.

El contenido de las réplicas ha sido la difusión de información sobre métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, cuidado del cuerpo, planificación familiar y atención de calidad en los establecimientos de salud AIDAJ, dirigidas especialmente a adolescentes y jóvenes y a la población en general, adicionalmente se les ha concientizado en la prevención de enfermedades como el cáncer de mama a través de la exploración de su cuerpo y sobre diferentes tipos de cáncer ginecológico y violencia obstétrica.

El alto grado de apropiación de los contenidos replicados, se puede evidenciar a través de la elaboración de gran parte de los materiales por los/as propios/as replicadores/as, producidos a partir del conocimiento adquirido.

Las promotoras de salud indican que realizaron réplicas en diferentes contextos: (i) unidades educativas, (ii) postas de salud y (iii) ferias de salud, en los municipios de El Alto, Viacha y Pucarani.

[...] cada quien buscaba en los centros de salud, hospitales, unidades educativas para replicar los conocimientos adquiridos, para orientar e informar a los/as jóvenes, adolescentes y a la población en general sobre temas de SSR, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, cuidado del cuerpo, planificación familiar, [...] hemos tenido bastante aceptación de la población [...] (B. Perales)

Las lideresas indican que han realizado réplicas en las casas comunales con las juntas de vecinos, principalmente con madres *“[...] que muchas veces tienen miedo de hablar [...] les hemos dado charlas, en las que ellas han podido hablar y les hemos sacado alguna duda y, en nuestras posibilidades, les hemos orientado”* (P. Benavides).

Con los grupos de madres en particular, se ha trabajado el tema de exploración de su cuerpo para prevenir enfermedades como el cáncer de mama y especialmente concientizar sobre su derecho a decidir.

“[...] les hemos explicado que ellas pueden decidir cuantos hijos tener y que pueden utilizar varios métodos anticonceptivos si no quieren embarazarse [...] sus esposos no pueden decirles que no se pongan la T de cobre, por ejemplo, esa es la decisión de cada una [...]” (P. Benavides).

Las réplicas, según indican las lideresas, han sido realizadas en algunas Unidades Educativas (UE). Sin embargo, no se les ha dado la apertura necesaria, desde el Ministerio de Educación, para poder ingresar formalmente a éstas para realizar las réplicas de manera sistemática. De igual manera el GAM de La Paz se ha comprometido a *“[...] abrirnos las puertas para que podamos hacer las réplicas en las UE, pero en eso nomás se ha quedado [...]” (M. Choque).*

Por su parte, los/as jóvenes participantes indican que realizaron las réplicas: (i) en la Universidad Pública de El Alto (UPEA) a través de la carrera de trabajo social, a más de 150 estudiantes, (ii) en el Instituto Pedro Domingo Murillo a 50 estudiantes, (iii) en el colegio “Bolivia” a estudiantes adolescentes en Municipio de Pucarani y (iv) en Achocalla a 2700 estudiantes. Asimismo, se realizaron las réplicas en ferias de salud que fueron realizadas en coordinación con el hospital de Pucarani y de El Alto, dirigidas a gestores y promotoras de la salud.

“[...] Gracias a la predisposición de la directora de la carrera de Trabajo Social de la UPEA mi persona como estudiante he tenido que replicar sobre los métodos anticonceptivos, cuidado del cuerpo y la atención con calidad y calidez” [...] (L. Tarqui).

En esa misma línea, los/as jóvenes participantes señalan que para la realización de sus réplicas utilizaron trípticos informativos, hojas de colores, marcadores, cinta adhesiva, el muestrario y un banner guía. La mayor parte de este material fue proporcionado por el CPMGA, sin embargo, ellas/as elaboraron material de apoyo para la realización de las réplicas, que fue utilizado para proveer información respecto a: (i) derechos sexuales y derechos reproductivos, (ii) el cuidado del cuerpo, (iii) violencia obstétrica, (iv) atención de calidad a los/as adolescentes y jóvenes dentro de un centro salud AIDAJ, (v) métodos anticonceptivos y (vi) tipos de cáncer ginecológico.

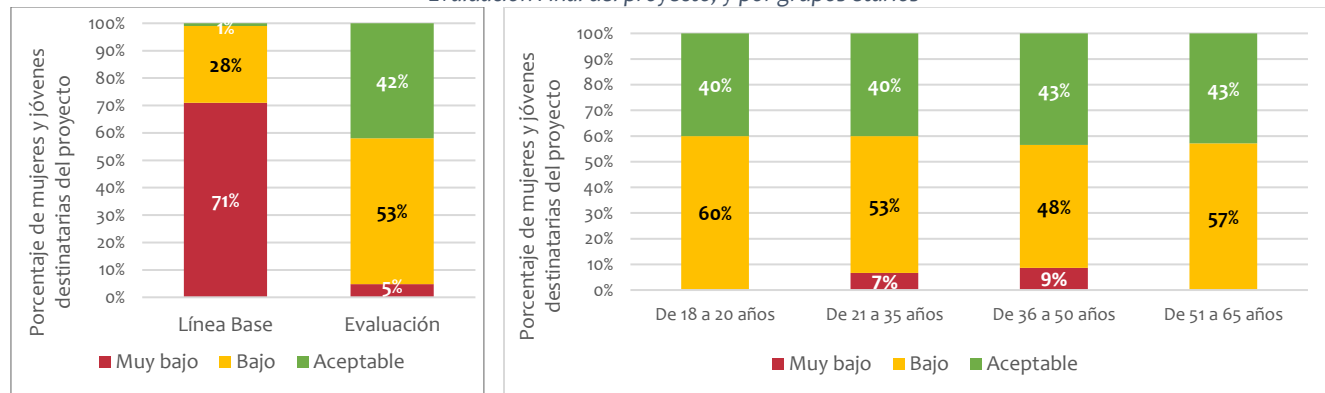
En cuanto a la metodología aplicada para la realización de las réplicas indican: *“[...] hemos utilizado juegos, con globos, concursos y con folletos con preguntas que las señoras contestaban, [...] también hemos hecho nuestros papelógrafos con dibujos, todo para que ellas entiendan [...] también las licenciadas de CDD nos han dado algunos folletos y maquetas educativas para apoyarnos en las réplicas [...], pero nuestras réplicas han sido hechas con un lenguaje simple para llegar a las señoras, con empatía [...] (lideresas).*

4.5c. ¿Las mujeres beneficiarias tienen conocimientos en salud sexual y salud reproductiva con énfasis en la salud materna y violencia obstétrica?

Se observa, a partir de la encuesta aplicada a mujeres y jóvenes destinatarias del proyecto, que el puntaje ACEPTABLE de conocimientos sobre SSSR ha subido de 1% calculado en la línea base a 42% en la evaluación final; el proyecto ha generado conocimientos en la población destinataria respecto a qué es la salud

reproductiva, qué es la salud sexual, qué derechos sexuales y derechos reproductivos tienen las mujeres y las jóvenes y qué métodos anticonceptivos existen⁵.

Gráfico 2. Puntaje de conocimientos en SSSR de las mujeres y jóvenes destinatarias del proyecto. Comparativo entre la Línea Base y la Evaluación Final del proyecto, y por grupos etarios

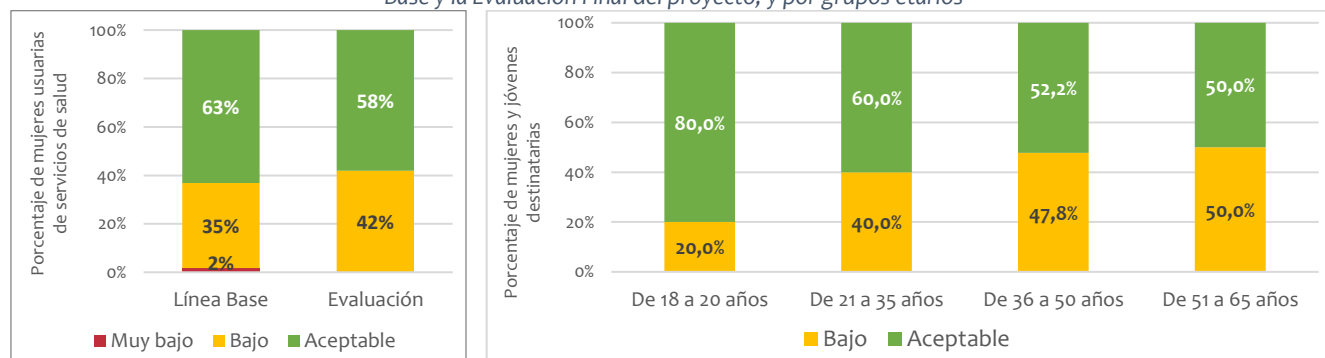


Fuente: Estudio de Línea Base, y test de satisfacción a usuarias de servicios de salud, ago. – sep. 2024

4.5d. ¿Las/os jóvenes beneficiarios tienen conocimientos en salud sexual y salud reproductiva con énfasis en violencia sexual, embarazos adolescentes y AIDAJ?

Por otro lado, se puede observar que el conocimiento de las mujeres y jóvenes participantes del proyecto respecto a la conceptualización e identificación de la violencia sexual, ha retrocedido ligeramente en comparación a lo que se había registrado en la línea base, puesto que la proporción de mujeres y jóvenes con un índice de conocimiento sobre violencia sexual aceptable, ha pasado de 63% en la línea base a 58% en la evaluación final⁶.

Gráfico 3. Puntaje de conocimientos sobre violencia sexual de las mujeres y jóvenes destinatarias del proyecto. Comparativo entre la Línea Base y la Evaluación Final del proyecto, y por grupos etarios



Fuente: Estudio de Línea Base, y test de satisfacción a usuarias de servicios de salud, ago. – sep. 2024

Estos resultados de la encuesta de evaluación, contradicen los resultados que se reportan en el informe final del proyecto (reporte de cumplimiento de indicadores OE1. A.R1.1. y OE2. A.R1.1. puesto que las ejecutoras del mismo han reportado, en sus resultados de pruebas pre test y post test aplicados en los talleres de capacitación, un importante incremento de los conocimientos de las mujeres y jóvenes participantes. Esta contradicción puede deberse a los siguientes factores:

⁵ En el anexo 0 se explica la metodología de cálculo de este indicador, que es la misma que se utilizó en el estudio de Línea Base.

⁶ En el anexo 7.7 se explica la metodología que se utilizó para calcular este indicador, que es la misma que se empleó en el estudio de línea base.

1. El instrumento que se aplicó en la encuesta de evaluación, no está alineado a los contenidos impartidos durante las sesiones de capacitación, por lo tanto, no se ha conseguido captar el verdadero efecto de las capacitaciones;
2. El tiempo transcurrido desde las capacitaciones hasta la aplicación de la encuesta de evaluación, ha ocasionado que las mujeres y jóvenes olviden algunos de los contenidos aprendidos, algo que no sucedió en las pruebas pre test – post test, que se aplicaron de manera inmediata a la realización de las capacitaciones.

Sin embargo, si se observa con detenimiento los resultados de la encuesta de evaluación desagregada por grupo etario, se evidencia que, en las más jóvenes, correspondientes al grupo etario de 18 a 20 años, el porcentaje de jóvenes con índice de conocimiento aceptable llega a 80%, es decir que han aprendido a distinguir, en primera instancia, los diferentes tipos de violencia que se perpetran contra las mujeres, y en segunda instancia, a identificar diferentes situaciones de violencia sexual.

4.5e. ¿Las mujeres y jóvenes beneficiarias organizadas han logrado la inclusión de sus propuestas en la gestión pública de políticas públicas municipales y/o departamentales?

El proceso de incidencia realizado por las mujeres y jóvenes beneficiarias organizadas, en los diferentes municipios del Proyecto, ha estado marcado por resultados diferentes.

En el GAM de La Paz, en la gestión 2023 se ha socializado el “Plan de Juventudes”, que contiene un componente que tiene que ver con SSR y también con espacios de atención diferenciada a adolescentes. De igual manera se ha presentado el “Programa de salud de GAM de La Paz”, que también contempla todo un apartado de SSR. En el municipio de Coroico se ha integrado al POA de este año (2024), la realización de una campaña anual de prevención de cáncer de cuello uterino, además que existe el compromiso del GAM de Coroico de promulgar y sancionar una Ley municipal de prevención de cáncer de cuello uterino. Lo que puede entenderse como incidencia política exitosa.

En los municipios de Viacha, El Alto y Pucarani, las/os jóvenes para garantizar el cumplimiento de la normativa en lo que se refiere a atención integral diferenciada para adolescentes y jóvenes (AIDAJ) y las mujeres para lograr que se cumpla con la atención en prevención de cáncer cérvico-uterino, han realizado actividades de concientización y sensibilización (incidencia social). Dichas actividades fueron el desarrollo de un festival y varias campañas sobre la temática de SSR, con especial énfasis en la prevención de cáncer cérvico-uterino, a través de la práctica de la prueba del PAP, ferias de salud y talleres con los/as funcionarios/as del SLIM y DNA, quienes se comprometieron a implementar una estrategia de prevención de embarazo adolescente de menores de 15 años y prevención de la violencia sexual.

Entre los logros alcanzados por el proyecto, se pueden destacar los procesos de incidencia política realizados por las mujeres y jóvenes beneficiarias organizadas al haber logrado que se incluya en el “Plan de Juventudes” y en el “Programa de salud de GAM de La Paz” y componente de salud sexual y reproductiva. De igual manera, lograr que el GAM de Coroico haya integrado en su POA la realización de una campaña anual de prevención de cáncer de cuello uterino.

[...] Se ha promovido, como una práctica consuetudinaria del GAM de Coroico, realizar campañas de prevención de cáncer de cuello uterino y sabemos que eso se ha integrado dentro del POA de este año [...], esto tiene incidencia, no solamente en la posibilidad de hacer una Ley o de realizar una campaña cada año, sino porque de las 200 mujeres que han participado de esta campaña, por lo menos unas 10 personas han dado positivo y esto ha sido algo clarísimo para mostrar lo oportuno de generar este tipo de cosas y dar

respuestas rápidas. Entonces, creo que tiene que haber una incidencia directa sobre la vida de las personas y en términos de política pública (A. Kudelka).

De igual manera, la jefa de unidad del SLIM y la DNA del Municipio de Coroico indica que, cuentan con una “Ley de juventudes” y que están empezando a hacer la socialización del “Proyecto de ley de prevención y diagnóstico del cáncer de cuello uterino”.

[...] Tenemos actualmente una ley de juventudes, nos hubiera encantado que se incorpore el tema de talleres de SSR, pero de manera muy prioritaria [...] y ya que estamos empezando a hacer la socialización del proyecto de ley de prevención y diagnóstico del cáncer de cuello uterino, eso ha surgido a raíz de una campaña que hemos tenido en el mes de mayo y yo rescato mucho porque también fue un apoyo de CDD que sacó recursos no sé de dónde para poder colaborar y el municipio también hemos dado nuestra parte y poder asumir una responsabilidad en este proyecto. Es un proyecto de ley que en estos meses ya será presentado al Concejo Municipal que incluye SSR y atención con calidad y calidez [...] (Dilian Escobar).

Cabe destacar que entre las propuestas presentadas por las lideresas a las/os funcionarios municipales del GAM de La Paz, se encuentran la realización de capacitaciones (i) sobre salud materna y principalmente sobre violencia obstétrica dirigidas al personal de salud, (ii) sobre el CACU (Cáncer de Cuello Uterino), (iii) sobre derechos y cómo realizar las denuncias, (iv) sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y embarazos no deseados dirigidas a mujeres lideresas, para que ellas refuercen sus conocimientos y realicen las réplicas y (v) la reducción de costos para la realización del examen de Papanicolaou, que es la única que ha tenido resultados concretos.

[...] sí, ha habido campañas, por ejemplo, por el día de la madre, desde abril han abierto la posibilidad para que las mujeres vayan al centro de salud para hacerse el examen de Papanicolaou gratuito y el cáncer de mama para prevenir y si ya se encontraban indicios, para derivarlas a los especialistas [...], antes solo eran de uno o dos días estas campañas [...] (P. Benavides)

De acuerdo a lo manifestado por la socia ejecutora del CPMGA, debido la alta rotación del personal en los GAMs de Viacha, El Alto y Pucarani, no se ha logrado que se incorporen las propuestas de incidencia en los POAs, es decir, no se ha conseguido que el municipio asigne una partida presupuestaria para estas actividades. Sin embargo, se han desarrollado procesos de incidencia social, a través de la realización de diferentes actividades de información y sensibilización.

[...] por ejemplo, se realizó una campaña en Viacha sobre el tema de SSR, hubo un festival incluso. [...] En Pucarani se ha podido implementar este programa de prevención de cáncer cérvico-uterino y en el caso de El Alto, tanto en Alto Lima tercera sección, como el Villa Ingenio, se han implementado ferias, que ha sido un requerimiento de las promotoras y de los/as adolescentes, para tener un mayor acceso de información en las UE, pero también en los espacios de los centros de salud, o sea en las plazas que tienen los CS, ahí también se ha podido dar información. En el caso de violencia sexual también se han tenido talleres con los funcionarios del SLIM y DNA de los tres municipios, en los cuales ellos se han comprometido a implementar una estrategia de prevención de embarazo adolescente de menores de 15 años y prevención de violencia sexual (S. Tamayo).

El responsable del área de medicina tradicional y salud intercultural con terapias alternativas del GAM El Alto, indica que en su municipio se realizan diferentes actividades de promoción de la salud materna con enfoque intercultural, tipos de métodos anticonceptivos y prevención de enfermedades.

[...] A nivel municipal, en El Alto, nosotros tenemos programas que benefician desde la promoción de la salud materna, la prevención de las enfermedades de género y esto nos permite programar diferentes eventos, tanto en la educación de la salud y promoción de la salud con temáticas que el contexto exige, por ejemplo, métodos anticonceptivos [...] y la salud materna con el enfoque intercultural, donde las parteras tradicionales cumplen un rol muy importante [...] (L. Escobar)

La Secretaria Municipal de Desarrollo Humano del GAM de Pucarani, reconoce que ha sido de gran ayuda contar con el apoyo del CPMGA, para la realización de las actividades de sensibilización a las mujeres de las comunidades en lo que se refiere a SSR y prevención de la violencia, sin embargo, indica que, no cuentan con una partida presupuestaria para implementar acciones en relación a esta temática.

[...] específicamente no tenemos una partida o programa que ayude a la sostenibilidad de este proyecto de apoyo a las mujeres, pero si estamos viendo como Secretaría Municipal, la necesidad que hay y como nosotros poner contraparte [...] (S. Falcón).

Por su parte, las promotoras de salud indican que han presentado propuestas sobre SSR, para que sean integradas al “Plan Integral de la Mujer” del Municipio de El Alto. Las temáticas trabajadas fueron: (i) capacitaciones sobre cuidado del cuerpo y (ii) campañas de concientización orientadas mujeres adultas que aborden las temáticas de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama. Sin embargo, consideran que el verdadero efecto alcanzado es a través de las réplicas realizadas, ya que de esa manera han logrado concientizar y sensibilizar a las personas.

“[...] en ese sentido se ha trabajado varias propuestas, pero además de eso ha sido un proceso de formación, de elaboración y de presentación de propuestas sobre salud, ahí hemos elaborado ciertas propuestas para que puedan incorporar al Plan Integrar de la Mujer (PIM), sin embargo, algunas han sido tomados en cuenta, pero otras se han quedado pendientes [...] las propuestas al municipio están ahí, solo falta la ejecución y toma de decisión municipal, para que se pueda dar viabilidad. Pero como replicadoras, formadoras, como promotoras comunitarias de salud, si hemos querido incidir de esa forma, informando a mucha gente que no conocía de esos temas [...]” (B. Chambi).

[...] como promotoras de salud, somos parte de la plataforma de la justicia fiscal, donde han reunido a las organizaciones y han estado trabajando junto con las Gregarias eso del Plan Integral de la Mujer [...] (F. Guzmán).

De igual manera, los/as jóvenes participantes señalan que tuvieron una reunión con la directora del AIDAJ del GAM de El Alto en JACH’Á UTA, en la que presentaron su propuesta de “mejora de la atención a los/as usuarios/as de salud en el municipio”, la cual contenía los siguientes ítems: (i) mejora de la infraestructura, (ii) mejora de la señalética, (iii) capacitación especializada del personal de salud en los establecimientos de salud que cuentan con servicios AIDAJ. Sin embargo, indican que “[...] con el personal que nos hemos reunido, actualmente ya no está trabajo en el GAM de El Alto [...]

Asimismo, en el municipio de Pucarani, los/as líderes/as brigadistas, se reunieron con el personal de salud encargado del servicio AIDAJ del Hospital de Pucarani para organizar el taller de capacitación sobre SSR dirigido al personal de salud del Hospital. De igual manera, se reunieron con los técnicos del GAM de Pucarani

para exponer sus demandas, respecto a la necesidad de los/as jóvenes de recibir una atención diferenciada y en horarios acordes a sus actividades. Como resultado de estas reuniones, se logró establecer nuevos horarios para la atención diferenciada, de Hrs. 11:00 a Hrs 17:00 (lunes, miércoles y viernes), respondiendo de esta manera a los requerimientos de esta población.

4.5f. ¿Las mujeres y jóvenes capacitadas en vigilancia e incidencia lograron participar en espacios públicos, espacios de participación ciudadana presentando sus demandas (CAIs u otro)?

Las promotoras y lideresas de los municipios de El Alto y La Paz respectivamente, han participado de los CAIs, como representantes sociales en esta instancia presentando información sobre la gestión en salud (a nivel municipal y red). En esta instancia, si bien se convoca a representantes de la estructura social, no se consideró a las promotoras en la elaboración del POA y presupuesto.

Las promotoras de salud apoyadas por el CPMGA, fueron invitadas al Comité de Análisis de la Información (CAI), un evento en el que participaron autoridades municipales, nacionales de salud y el personal de salud de los establecimientos incluidos en el proyecto. Sin embargo, su participación fue únicamente como receptoras de información, ya que en esa ocasión no presentaron sus propuestas.

La experiencia de las lideresas del Municipio de La Paz en el CAI, fue un intercambio de conocimientos, en el que participaron autoridades de salud municipales, nacionales y el personal de salud de los establecimientos participantes del proyecto y médicos tradicionales y donde se intercambiaron experiencias y saberes sobre el parto, desde el enfoque de la medicina occidental y el enfoque de la medicina tradicional, con el objetivo de articular estos saberes, para implementar un espacio de medicina intercultural en los establecimientos de salud.

4.5g. ¿Las mujeres y jóvenes beneficiarias son capaces de intercambiar sus experiencias buscando sostenibilidad de acciones de manera articulada?

Las titulares de derechos, beneficiarias del proyecto, de los municipios de El Alto y La Paz, han logrado establecer contactos con organizaciones de mujeres, organizaciones de apoyo y en sus respectivos GAMs para realizar réplicas sobre SSR y violencia obstétrica en los propios municipios y en otros distritos en los que se implementó el proyecto. Lo que es objetivamente positivo, ya que se observa que el proyecto genera efectos en el entorno inmediato y de corto a mediano plazo.

Se tiene un caso de éxito en base a la propuesta de dos lideresas del Municipio de La Paz, para replicar los temas de SSR, bajo un emprendimiento con la junta vecinal y apoyado por el mismo GAMLPL.

Según las promotoras de salud, se trabajó en coordinación con organizaciones que trabajan en temas de salud, en los 14 distritos de la ciudad de El Alto, ampliando su cobertura a toda la urbe alteña, más allá de los distritos 5 y 6, que estaban circunscritos en el proyecto. De igual manera, se realizaron talleres con organizaciones de juntas de vecinos y se realizaron encuentros y conversatorios con promotoras que trabajan el tema de violencia de género, que forman parte del CPMGA, para coordinar acciones conjuntas de capacitación.

Las promotoras de salud están a la espera de la continuidad del proyecto para seguir realizando sus réplicas sobre SSR en unidades educativas y centros de salud, incluyendo nuevas temáticas como, por ejemplo, la enfermedad de la fiebre del mono.

En el caso de las lideresas del Municipio de La Paz, la articulación y sostenibilidad vino de la iniciativa particular de dos de las lideresas que indican que, actualmente están trabajando con su junta vecinal en un emprendimiento para realizar tejidos. Y para este emprendimiento el GAM de La Paz, les ha proporcionado herramientas y capacitación para desarrollar esta actividad y adicionalmente, ellas han propuesto llevar a cabo talleres de capacitación sobre SSR a las participantes.

Si bien las lideresas también están a la espera de la continuidad del proyecto, se tiene una posible articulación con el GAMLP para continuar las réplicas en el municipio (distritos y macro distritos).

“[...] hemos hablado con la licenciada Beatriz, que es de la Alcaldía, y seguir trabajando con ella, le ha gustado la idea y nos ha propuesto que existía la posibilidad de incluirnos, para que nosotros podamos seguir dando nuestras réplicas a nivel de la Alcaldía” (M. Choque).

4.5h. ¿Las mujeres y jóvenes beneficiarias del proyecto tienen condiciones que les permiten continuar con el proceso iniciado y las acciones de incidencia planteados?

Las/os titulares de derechos, mujeres, adolescentes y jóvenes beneficiarias del proyecto, han adquirido información y conocimiento sobre SSR, violencia y derechos humanos, en particular derechos sexuales y reproductivos, han desarrollado habilidades de escucha y oratoria. De igual manera han puesto en práctica estos saberes y habilidades en la réplica con sus familias, vecinos, entornos cercanos.

Esto les ha permitido desarrollar habilidades, tener actitud abierta al tema y conocer normas e instancias de atención para la salud y violencia, e iniciar procesos ampliados de concientización e información en comunidades y con otras organizaciones, lo que ya es un efecto directo y muestra de condiciones necesarias para la continuidad de las acciones y procesos.

4.5i. ¿Las mujeres y jóvenes cuentan con propuestas con enfoque de género que protegen los derechos sexuales y reproductivos?

La mayor parte de las propuestas generadas por las mujeres y jóvenes que participaron del proyecto, son de incidencia social, ya que se refieren a continuar con las réplicas en diferentes espacios geográficos y funcionales, para ampliar la concientización y sensibilización de las comunidades a las que pertenecen y de la sociedad en general. En este marco, las propuestas de realización de réplicas incorporan el enfoque de género, ya que reproducen las actividades y mecanismos establecidos en el diseño de la intervención, al reflexionar sobre las interrelaciones entre hombres y mujeres, respecto a los roles asignados socialmente en lo que se refiere específicamente a DDSS y DDDR.

4.6 Apropiación y fortalecimiento institucional

4.6a. ¿Las autoridades municipales y departamentales se han logrado apropiar de los aprendizajes y buenas experiencias del CDD y el CPMGA?

Se observa en las autoridades y técnicos municipales una evidencia de apropiación de los aprendizajes y experiencias. Esta apropiación responde a temas puntuales compatibles con necesidades particulares como mejora de la calidad de la atención y respeto por los derechos de las usuarias.

Las personas entrevistadas indican que se han propuesto incluir determinadas medidas en el plan municipal de salud y/o en el programa operativo anual y presupuesto de la siguiente gestión. Por el momento se aplican los aprendizajes en las diferentes funciones del personal de salud en relación a SSR.

En la opinión de autoridades y técnicos municipales, particularmente la Directora de Salud del GAM Viacha (2023), Janneth Callisaya, indica que la dirección de salud ha implementado en el plan municipal la lucha contra todo tipo de violencia contra las mujeres, la violencia obstétrica y el buen trato a la usuaria, siendo este uno de los objetivos del municipio.

En el caso del GAM de Pucarani, Susana Falcón, Secretaria Municipal de Desarrollo Humano, confirma que se ha propuesto incluir en el POA y presupuesto una partida o programa para la apropiación institucional de las acciones y procesos del proyecto, pero que hasta el momento eso no ha sido posible, debido a la resistencia de los/as médicos/as en el ejercicio de sus funciones.

“[...] hemos querido tratar de aplicar en alguna experiencia que ha habido, conociendo ya nuestros derechos que tenemos” (S. Falcón).

El Coordinador de Red de Salud Norte Central 3 de La Paz, Alan Cutili, indica que se está en proceso de planificación para el siguiente año, lo que les va a permitir incluir los temas de SSR, sensibilidad, respeto y buen trato a las usuarias, así como reincorporar el parto humanizado/respetado. Pero por el momento, todos los centros de salud apoyados por el proyecto están sensibilizados.

La percepción de la Jefa de unidad SLIM y DNA del Municipio de Coroico, Dilian Escóbar, respecto a SSR a adolescentes es que, debido a limitaciones presupuestarias, no es posible considerar una apropiación del GAM, por lo que es necesario conseguir aliados estratégicos, para continuar esta concientización sobre SSR en adolescentes que están descubriendo su sexualidad.

“[...] entonces el reto como SLIM y DNA es seguir trabajando con los adolescentes, seguir implementando nuevas políticas para el tema de lo que es SSR” (D. Escobar).

Se reconoce y valora los avances que el proyecto ha promovido, en cuanto a la apropiación de la temática relacionada a SSR, DDSS, DDDR y prevención de la violencia obstétrica, sin embargo, cabe mencionar que es necesario continuar con este trabajo en busca de una mayor apropiación por parte de las y los tomadores de decisiones a nivel de los legislativos y ejecutivos municipales, de tal manera que se consiga la inscripción de recursos en los POAs y la incorporación de estas temáticas como prioridades en el marco de los planes y estrategias municipales, estas serán tareas que deben considerarse en siguientes proyectos.

4.6b. ¿Se ha logrado fortalecer las capacidades de funcionarios/as y autoridades en salud?

Se logró el fortalecimiento de capacidades en autoridades y técnicas/os municipales, en menor medida que las/os prestadores/as de salud. Se reconoce entre éstos, que las/os prestadores de salud fueron más permeables a los temas que abordó el proyecto (excepto los temas que tienen que ver con violencia obstétrica). También se observa en técnicos/as municipales, desconocimiento del proyecto y de las problemáticas y metodologías que abordó para resolverlas.

Se observa en cierta medida y, en un grupo de prestadoras/es de salud, un relativo escepticismo en la incorporación de nuevos elementos en la atención en salud. Sin embargo, también se verifica en las/os titulares de obligaciones, muestras de aprendizaje e incorporación de los temas abordados por el proyecto en favor de la mejora de la atención a madres gestantes y la lucha contra la violencia obstétrica, en especial el Director General del Hospital General de los Yungas, quien considera que se ha mejorado varios aspectos de la atención a las usuarias, en particular a mujeres gestantes, desde lo administrativo hasta la atención humanizada del parto, como resultado de las acciones de concientización de la intervención.

El personal de salud, si bien reconoce que ha existido un proceso de fortalecimiento y aprendizaje sobre SSR, considera que este período ha sido corto y las sesiones se han dado con poca frecuencia. Asimismo, queda pendiente contar con mayor tiempo y con participación de mayor cantidad de personal en el Municipio de El Alto.

En el Municipio de Pucarani, el personal de salud percibe un fortalecimiento de las capacidades de empatía con los/as usuarias de los diferentes grupos etarios.

“Por ahora este tema estaba en controversia con nuestros colegas, pero nosotros les hacemos llegar nuestros aprendizajes a las pacientes, a mujeres embarazadas. Damos parte al plantel médico, y ellos se encargan de dar unas charlas a los nuevos pacientes que llegan y tienen conocimiento” (R. Canaviri).

El personal de salud de la Red de Salud Norte Central 3 de La Paz, considera incorporar un plan correctivo de mejora continua, como efecto de los resultados de las encuestas de entrada y salida sobre la atención que prestan los centros de salud. De manera similar, el Director General del Hospital General de los Yungas, considera que se ha mejorado varios aspectos de la atención a las usuarias, en particular a mujeres gestantes, desde lo administrativo hasta la atención humanizada del parto.

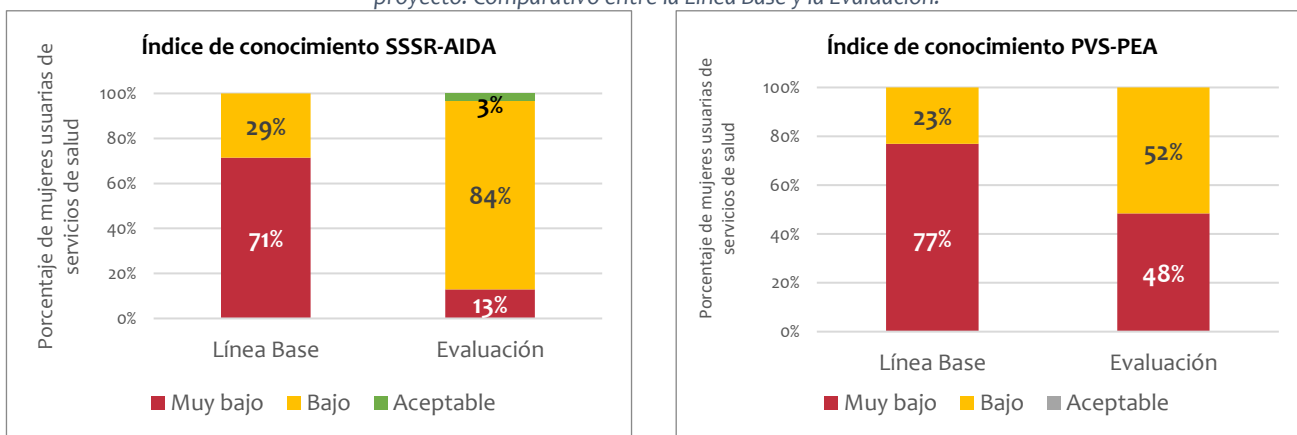
“Se ha logrado fortalecer la capacidad de empatía, sobre todo en el caso de violencia obstétrica, hemos logrado asumir la posición de pacientes, porque en los talleres hemos podido analizar, ver que en algunos momentos habíamos estado cometiendo errores, como a una embarazada hacerla caminar, siendo que tenía mucho dolor, entonces ahora primero preguntamos si quiere caminar o si puede caminar mientras se da el proceso de dilatación. Ser más considerados por ejemplo en la parte administrativa en el momento de asignar la ficha, evitando de que esté mucho tiempo parada la mujer embarazada o implementar en el fichaje o en la sala de espera más bancas para que estén cómodas y en el tema de bioseguridad también hemos implementado muchas cosas, cuestión de que tampoco estén expuestas a otros pacientes con otras patologías” (R. Sanjinés).

El test que se aplicó a personal médico, paramédico y administrativo en establecimientos de salud que fueron atendidos por el proyecto, muestra una ligera mejora respecto a lo registrado en el estudio de línea base, sin embargo, los niveles de conocimiento sobre salud sexual, salud reproductiva y atención integral diferenciada

para adolescentes (SSSR - AIDAJ) por un lado, y sobre prevención de la violencia sexual y prevención del embarazo en adolescentes (PVS – PEA) por otro, siguen siendo muy bajos en este personal.

Como se ha mencionado, se percibe cierta resistencia y escepticismo por parte del personal de salud, respecto a incorporar nuevos enfoques para el abordaje de la salud sexual y de la salud reproductiva, así como para la atención diferenciada a adolescentes, la prevención de la violencia sexual y la prevención del embarazo adolescente, esta parece ser la causa para esta reducida mejora en estos índices, en comparación a lo registrado en la línea base del proyecto⁷.

Gráfico 4. Puntaje de conocimientos SSSR-AIDAJ y PVS-PEA del personal de salud que trabaja en los establecimientos atendidos por el proyecto. Comparativo entre la Línea Base y la Evaluación.



Fuente: Estudio de Línea Base, y test de conocimientos a personal de salud, ago. – sep. 2024

4.6c. ¿Se ha logrado generar niveles de articulación entre la medicina formal y la medicina tradicional?

Se ha logrado, en gran medida, la articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental, ya que se cuenta con comités de coordinación. Asimismo, se ha logrado la conformación de la red de parteras y el compromiso de trabajo articulado. Principalmente en el municipio de El Alto, se ha conseguido la inclusión de las/os prestadores de medicina tradicional en los centros de salud. Además, en algunos establecimientos de salud, se han implementado las salas de parto intercultural, en las que deben, de acuerdo a norma, participar las/os prestadores de medicina tradicional.

La percepción de autoridades y técnicos municipales, particularmente de la Directora de Salud GAM de Viacha (2023), Janneth Callisaya Jiménez, es que se ha avanzado en este aspecto al implementar las salas de parto intercultural en dos establecimientos de salud (Tilata y Florida), uno por año. Esto en el marco de la implementación de la política SAFCI y la prevención de la mortalidad materno infantil, para que la atención a la madre gestante, tenga las condiciones de usos y costumbres, a través de una partera certificada y la atención del médico occidental, para que la mujer no corra riesgo.

En el caso del GAMEA, según Lucio Escobar, Responsable del Área de Medicina Tradicional y Salud Intercultural, la articulación es un logro y se basa en dos elementos: (i) las salas, concebidas como infraestructura, (ii) el talento humano y (iii) la cartera de servicios. Respecto al primero se cuenta en el Municipio de El Alto con “siete centros de salud con prestaciones de medicina tradicional esto ya es un logro en la articulación”.

⁷ En los anexos 7.8 y 7.9 se explica la metodología de construcción de ambos índices respectivamente.

En cuanto a talento humano, se cuenta con prestadores/as de medicina tradicional, que puede ser un médico, un naturista, una partera o un guía espiritual, siendo que el principal requisito que exige el sistema nacional de salud indicado en la ley, es contar con el registro único de médico tradicional, otorgado por el Ministerio de Salud y a través de los SEDES.

“[...] En cuanto a lo que llamamos carteras de servicios, se tienen 19 listados en el SUS y nueve tipos de prestaciones para la partera tradicional, lo cual también permite la articulación [...]” (Lucio Escobar)

En el caso del GAM de Pucarani, se cuenta con una asociación de “hermanos” en la medicina tradicional, que ya participan en algunos partos, articulando las medicinas académica y tradicional. Cuentan además con una sala de adecuación intercultural en el Hospital de Pucarani, que falta equipar.

“[...] todavía no estamos por arrancar con eso, por el tema del dinero [...]” (S. Falcón).

En la Red de Salud Norte Central 3 La Paz, Alan Cutili, indica que no se tienen los médicos tradicionales, para implementar la articulación entre medicina formal y tradicional. Reconoce que están en el marco del proyecto acordado con el SEDES, pero todavía no se ha concretado. Sin embargo, señala que se ha avanzado, ya que el personal reconoce y respeta las creencias y tradiciones de las usuarias de los servicios de salud.

De acuerdo a lo manifestado por personal de salud involucrado en el proyecto, particularmente por Royner Canaviri, Médico eco grafista del Centro de Salud Viacha, es que el servicio de salud cuenta con un médico tradicional, a quién se ha capacitado y actualmente presta su servicio.

Por su parte, Joselín Aguilar, Directora del Centro de Salud Alto Lima (tercera sección) de El Alto, indica que, a través de una capacitación en Coroico, se ha logrado establecer contacto y una buena relación, realizando derivaciones a las parteras y médicos tradicionales. Se los invita regularmente al CAI, en los cuales han dado charlas sobre diferentes temas. El mejor aprendizaje ha sido la forma en que van acomodando al bebé para que esté de cabeza. En el Municipio de Pucarani, se ha iniciado con la articulación de ambas formas de servicios de salud, se cuenta ya con el comité de médicos académicos y médicos tradicionales, para iniciar el trabajo con ellos.

En la Red Norte Central de La Paz, Karla Cuba, Gestora de calidad de la Red indica que, a través de taller se ha logrado reconocer la vinculación de la medicina occidental con la tradicional, relacionada a los mates, la fricción y la herbolaria entre otras.

“En ese sentido ha sido más que un taller de interacción, ha sido un intercambio de experiencias y ese conocimiento que nos han podido transmitir los amautas” (K. Cuba).

“[...] desde que se ha hecho este taller ya sabemos que muchas de nuestras propias pacientes habían sido parteras tradicionales, y ahora ya tenemos comunicación con ellas, cuando ellas tienen algún problema en la comunidad nos llaman, nos piden ayuda, nosotros canalizamos la ayuda, para que acudan al centro más cercano o desde aquí podamos mandar una ambulancia para traer esa paciente complicada” (R. Sanjinés).

La percepción generalizada de las/os prestadoras/es de servicios de medicina tradicional, es que hay muestras puntuales de articulación (El Alto), pero no es un proceso sostenido, debido a que falta incluir esta articulación en el centro de salud (Viacha). Se percibe que falta incluir el trabajo de parteras, amautas, naturistas, médicos tradicionales en todos los centros del Municipio de El Alto. Por otra parte, se percibe cierta subvaloración de

su saber por parte de médicos y el entorno de la medicina académica u occidental. Si bien existe una relación y reconocimiento, a través de la derivación de casos complicados, las/os prestadores de medicina tradicional no perciben en la mayoría de los casos un similar trato en el oficio que ellos/as desempeñan.

“[...] se han dado cuenta, con los registros, que las parteras atendían más a las mujeres que los médicos, porque tenían más confianza, porque el trato era mejor, entonces los médicos se han comprometido a tratar de esa forma y las parteras ahora les refieren a los médicos también, cuando se les complica [...] ahora trabajan en conjunto [...]” (M. Choque).

4.7 Enfoque de género en desarrollo

4.7a. ¿Cómo fue incorporado el enfoque de género en las diferentes intervenciones?

El enfoque de género ha sido integrado de manera transversal en todo el proyecto. A partir del diseño de la intervención y durante los procesos de recojo de información diferenciada entre hombres, mujeres y población no binaria, las capacitaciones, promoción y difusión, y durante los procesos de incidencia.

En el diseño, al incorporar la perspectiva de género como una categoría de análisis que considera las diferentes oportunidades e interrelaciones que tienen mujeres y hombres, y cuestionar los diferentes roles socialmente asignados en cuanto a SSR.

Durante la implementación del proyecto, se abordó el tema de la sexualidad desde una perspectiva de equidad, por ejemplo, al trabajar, a través de las capacitaciones, la recuperación de la autonomía reproductiva de las mujeres, que cuestiona el mandato social de maternidad forzada.

De acuerdo a lo expresado por las socias co-ejecutoras, el enfoque de género ha sido claramente integrado por Alianza por la Solidaridad en el diseño de la intervención y en la implementación del proyecto por CDD y por el CPMGA.

[...] porque somos organizaciones feministas, entonces no es que necesitas un plan adicional para integrar la perspectiva de género, porque nuestro valor agregado tiene que ver con una manera distinta, es decir comprender la perspectiva de género como una categoría de análisis que está integrada desde el diseño del proyecto hasta la generación de evidencia, información desagregada por sexo, etc., hasta tu metodología de como promueves la integración de la perspectiva de género en la gestión municipal o en una política pública de salud. Creo que está bien concebida y creo que también ha sido bien comprendida [...] (A. Kudelka)

[...] hemos abordado el tema de la sexualidad desde una perspectiva de equidad [...], lamentablemente existe una perspectiva patriarcal de entender que la reproducción es como un mandato para las mujeres y es una obligación para los hombres [...], ese tipo de análisis lo hemos realizado con las compañeras y con las/os adolescentes y ellas/os han ido planteando dentro de sus réplicas esta perspectiva de poder trabajar la sexualidad, mencionando que todos en realidad en la naturaleza se autorregulan y en términos de la reproducción también se autorregula, entonces hemos hecho este tipo de análisis para que ellas/os cuando se acercaban a la población lo planteen, desde una escucha activa, para reforzar la autonomía que deben tener las mujeres sobre su cuerpo y sobre la decisión de su reproducción y el cuidado que se tiene que tener en el caso de prevención de violencia sexual, de estar alertas cuando hay este tipo de hechos, poder denunciarlos (S. Tamayo).

4.8 Sostenibilidad ambiental

4.8a. ¿Se tuvo un uso adecuado del material reciclable?

En la mayoría de los establecimientos de salud que formaron parte de la intervención, se separa el vidrio del plástico y se le da diferentes usos. En algunos centros de salud (El Alto y Pucarani), se reutiliza el material existente para darle un nuevo uso, que es la creación de adornos, sonajeros, etc. destinados a la población infantil, que se utiliza en las ferias de salud y en otras actividades. En el Hospital de los Yungas, se separa el papel y el plástico en contenedores diferenciados y se lo vende, lo que permite generar ingresos para el hospital.

El material utilizado para las réplicas realizadas por mujeres y adolescentes capacitadas, fue reutilizado en todas las actividades realizadas por ellas/os y al finalizar el proceso fue entregado a los establecimientos de salud correspondientes.

La mayor parte del personal de salud entrevistado reconoce la necesidad de reutilizar y reciclar el material utilizado en los establecimientos de salud, poniendo énfasis en la separación del material biológico, que es descartado.

En el establecimiento de salud de Alto Lima en El Alto y en el de Pucarani, se reutiliza los materiales para hacer juguetes para los niños.

Del material que no está en contacto con productos biológico, nosotros los reciclamos para hacer sonajeros, especialmente para la población infantil [...], también con otro material suelen hacer llaveritos, para las puertas. [...] Después nosotros en laboratorios, esas mismas puntitas agarramos para hacer grupos sanguíneos, para ver la forma de reutilizarlo y no simplemente descartarlo (M. Leyva Galván – El Alto).

[...] acá los residuos contaminados lo entierran en la tierra. El material utilizado, lo reusamos de recuerdos o lo hacen flores, siempre con la iniciativa de los estudiantes, hasta realizar un florero del material para reciclar, yo siempre les digo, no cuentan con mucha economía aquí entonces pueden hacer eso [...] (H. Luijana – Pucarani).

En el hospital general de los Yungas, “[...] nosotros reciclamos toda la papelería y es un medio de ingresos para el hospital, porque eso vendemos a La Paz y con eso tenemos para comprar material de escritorio. Lo mismo tenemos nuestros contenedores de plásticos, entonces todos los plásticos que se utiliza en talleres van a los contenedores y los plásticos que utilizan los usuarios en internaciones también van ahí y de la misma forma llevamos a La Paz, lo vendemos y con eso podemos comprar algunos accesorios, como los jabones para lavarse las manos para el tema de bioseguridad [...]” (R. Sanjinés)

La mayoría de las lideresas manifiestan que el material utilizado para las diferentes actividades de difusión era insuficiente, sin embargo, esta limitación no fue un impedimento para dar orientación, información y capacitación a los/as jóvenes y adolescentes que formaron parte de estas actividades, ya que utilizaron “juguetes” fabricados por ellas mismas para realizar las capacitaciones de manera más didáctica. Todo el material producido y utilizado para la realización de las réplicas fue reutilizado en todas las actividades y al finalizar el proceso fue entregado a los establecimientos de salud.

4.8b. ¿El material utilizado en los procesos de capacitación técnica consideró el daño al medio ambiente?

De acuerdo a lo manifestado por las socias co-ejecutoras, se consideró el tema medio ambiental, al utilizar en la mayoría de las capacitaciones vajilla de vidrio, material reciclado, reutilizar los materiales en todas las actividades y mantener los espacios limpios.

Asimismo, se consideró la reducción del daño al medio ambiente al prever la producción de muy poco material impreso. Sin embargo, se sigue imprimiendo material debido a que consideran que en las comunidades en las que ellas trabajan, ese tipo de material impreso es el que la gente todavía necesita porque es más didáctico, visual y gráfico.

4.9 Respeto de la diversidad cultural

4.9a. ¿En los diferentes procesos con la población se ha respetado los distintos mecanismos de participación y las expresiones particulares de cada uno de los grupos?

De acuerdo a lo expresado, tanto por las titulares de derechos como por los titulares de obligaciones, durante las actividades realizadas, se han escuchado activamente todas las expresiones de las mujeres y de los/as adolescentes y jóvenes participantes del proceso, de los/as médicos tradicionales y de las/os médicos occidentales. Asimismo, se han utilizado diferentes mecanismos de difusión de la información tales como ferias de salud, encuentros y reuniones de juntas vecinales para hacer las réplicas.

Las promotoras de salud expresan que en todas las actividades que han participado como receptoras de conocimientos y como replicadoras, se ha respetado y escuchado a todos/as los/as participantes.

“[...] siempre ha habido una conversación amena, sugerencias para ir a algunas ferias, así se han trabajado las propuestas, los afiches, letreros, siempre hemos trabajado en colectividad y con respeto [...]” (F. Guzmán).

5 CONCLUSIONES

El proyecto en su diseño e implementación es pertinente, ya que respondió a las necesidades de las/os titulares de derechos. El diseño del proyecto consideró estudios de diagnóstico, en los que se evidenció objetivamente la situación vulnerable que viven muchas mujeres en edad fértil y adolescentes en cuanto a salud sexual, salud reproductiva y violencia obstétrica en los municipios de cobertura.

En la implementación del proyecto, la experiencia de las socias co-ejecutoras, corroboraron esta necesidad, a través de, encuestas de entrada y salida, así como de actitudes y prácticas que verificaron el compromiso de mujeres en edad fértil, para participar de las capacitaciones y transferencia de información sobre salud sexual y reproductiva, violencia en diferentes formas y derechos de las mujeres.

En las capacitaciones y formación de lideresas en los temas que abordó el proyecto, se tuvieron efectos positivos respecto a la réplica ampliada realizada por las titulares de derechos en sus entornos familiares, sociales y barriales. En algunos casos se tuvo réplicas en entornos externos con organizaciones de mujeres en comunidades rurales de sus respectivos municipios. En las/os adolescentes y jóvenes, el proyecto ha motivado la reflexión sobre los roles de género, prevención de embarazo adolescente y enfermedades de transmisión sexual.

En cuanto a los metodologías y contenidos en las dimensiones de salud, los efectos de la implementación del proyecto han sido diferentes. Un grupo de mujeres ha vinculado los contenidos y metodologías con la función social de participación en el sistema de salud municipal, involucrándose en los espacios públicos de participación ciudadana, como el COLOSA y CAI en sus respectivos municipios. Otro grupo de mujeres, ha incorporado estos contenidos y metodologías de manera personal, para el autocuidado en salud, la prevención de enfermedades y la revisión regular, especialmente con la aplicación de la prueba del Papanicolaou.

Para los/as jóvenes y adolescentes, los contenidos y metodologías aplicadas en las dimensiones personal, familiar y de salud, han generado su reflexión sobre los valores y prácticas tradicionales en los roles de género y los necesarios cambios para lograr mayor igualdad entre varones y mujeres, asimismo cuentan con mayor información sobre cómo evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

Para las autoridades locales y funcionarias/os públicos del sector salud, la participación en las capacitaciones y las metodologías aplicadas, les han permitido reflexionar sobre sus funciones como prestadores/as del servicio de salud en relación a la violencia obstétrica que ocurre en el proceso de gestación, parto y post parto. Pero se observa en ciertas autoridades y personal de salud, que la transferencia de conocimiento e información sobre los derechos de las usuarias, en particular el derecho a no sufrir violencia obstétrica genera cierta resistencia en su implementación.

Para las parteras y médicos tradicionales, el proyecto en general ha sido beneficioso, ya que se han intercambiado saberes, en los que hubo receptividad por parte de médicos/as, y en cierta medida existe una primera fase de vinculación con los centros de salud y el personal de salud. Se tiene la expectativa de formar parte de la plantilla o retribución monetaria por la atención en los centros de salud.

En cuanto a la incidencia política, se capacitó a 86 mujeres en vigilancia e incidencia, 43 de las cuales, participaron en espacios de participación ciudadana e incidencia, para plantear sus demandas en torno a salud materna y sus DSDR ante sus autoridades políticas y de salud. En el informe de cierre del proyecto, se reporta que las mujeres capacitadas en incidencia y vigilancia, realizaron un total de 19 propuestas de incidencia, superando la meta establecida.

Respecto a la coherencia interna, la articulación entre las tres socias del proyecto, ha sido adecuada para lograr la implementación del proyecto en las áreas de cobertura e involucrar a la población beneficiaria. Esta coordinación ha permitido acceder a los diferentes niveles de gobierno y sectores sociales para implementar las actividades programadas. Además, el consorcio ha ejecutado de manera conjunta las acciones de implementación y funcionamiento de los AIDAJ, los encuentros entre parteras y médicos, los foros y seminarios y el concurso de periodistas.

Respecto a la coherencia externa, se debe resaltar la importancia de la coordinación gestionada por APS con el SEDES, y con otras instituciones que trabajan las mismas temáticas en el territorio de implementación, como CIES, Comunidad de DD.HH. y Plan Internacional. Se conoce que otras organizaciones también trabajan los temas de SSR, violencia de género y generacional, con las cuales se ha conseguido armonizar algunas acciones a través de la demanda o necesidad de los/as usuarios/as y operadas por los servicios públicos de salud.

La eficacia del proyecto, en cuanto a cumplimiento de las metas programadas ha sido perfecta, todos los indicadores de objetivo y de resultado han cumplido o han rebasado las expectativas, presentando entre 100% y 964% de cumplimiento.

El diseño e implementación del proyecto fue eficiente, debido a la inclusión directa de actores, factores y procesos centrales de la prestación de salud y vinculados con la atención a las usuarias, en el que hace responsables, tanto a titulares de derechos como de obligaciones, de los roles y funciones de cuidado en la prestación de la salud pública, en la gestación, en la SSR y en el ejercicio de derechos en salud para mujeres. Respecto a adolescentes, el diseño incorpora de manera directa la información e insumos necesarios para concientizarles respecto a embarazo adolescente, violencia sexual e infecciones de transmisión sexual.

Así también, la eficiencia se logró con la incorporación de factores/actores relevantes como las parteras y médicos tradicionales, que son también actores importantes en la prestación de servicios de salud para madres y adolescentes gestantes en el contexto institucionalizado de los centros de salud, para canalizar conjuntamente saberes y preferencias de las usuarias gestantes. Esta canalización conjunta de los/as prestadores/as institucionales y tradicionales de salud, estuvo enmarcada eficientemente en la adecuación intercultural de las salas de parto de varios centros de salud.

La articulación con autoridades y técnicos municipales ha sido adecuada para la implementación del proyecto. Sin embargo, la mayoría del personal de salud, muestra cierta resistencia para poner en práctica los saberes y aprendizajes adquiridos en los talleres, poniendo como pretexto la falta de tiempo por la sobrecarga de actividades y el desconocimiento sobre su responsabilidad directa de la violencia obstétrica.

El uso de los recursos económicos del proyecto ha sido eficiente, tanto en términos de ejecución presupuestaria como en relación a los resultados obtenidos. La ejecución presupuestaria ha sido de 100%, si bien se observa variaciones al interior de la estructura presupuestaria, las mismas representan menos del 2% del presupuesto total, por lo tanto, se trata de variaciones no sustanciales; la proporción de costos indirectos llega a 9,2% del presupuesto total, que está dentro de los rangos normalmente aceptados para proyectos de cooperación internacional.

Las capacidades de las socias co-ejecutoras, fueron corroboradas en la implementación del proyecto, en la articulación de redes de jóvenes y organizaciones de mujeres para participar, en un primer momento como beneficiarias de los procesos de capacitación y concientización sobre SSR, violencias y derechos. En un segundo momento, se observó la capacidad de las socias al expandir estos procesos, a través de las réplicas de las promotoras y lideresas en sus entornos inmediatos y luego en comunidades rurales de sus municipios.

Entre los factores limitantes, se pueden mencionar los bloqueos de carreteras, la alta rotación de personal municipal y de salud y los espacios pequeños para la realización de actividades. Sin embargo, el mayor obstáculo se refiere al trabajo con personas fundamentalistas y conservadoras, opositoras a los derechos humanos que se encuentran tanto en la institucionalidad pública, como en el conjunto de instituciones de la sociedad, medios de comunicación, iglesias y que ha estigmatizado el trabajo de prevención.

Los factores facilitadores mencionados por las/os entrevistados/as, fueron la disponibilidad de recursos humanos para realizar las capacitaciones a las beneficiarias, así como los bienes y otros servicios otorgados por el proyecto. De igual manera se valoró la apertura brindada por las autoridades de los GAMs. Cabe destacar, que un elemento clave que facilitó la implementación del proyecto fue el compromiso de las titulares de derechos para realizar las acciones previstas en situaciones de dificultad.

Se observa que el proyecto ha logrado efectos directos y verificables en torno a los temas abordados, como también se observa efectos de corto plazo en la población beneficiaria. Pero no permiten visualizar los impactos a futuro.

Entre los efectos directos de la implementación del proyecto se observa que para la exigibilidad de sus DDSS y DDDR, las mujeres han desarrollado conocimientos y habilidades personales/sociales para reducir la violencia obstétrica. También se observa en el tema de violencias, que algunas mujeres tienen conocimiento del sistema de protección y de las instancias municipales a las que pueden acudir en este caso. Por su parte, los/as jóvenes, han adquirido conocimiento e información sobre SSR, prevención del embarazo adolescente y violencias. Ellas/os han desarrollado una plataforma denominada “laboratorios de control y vigilancia en salud” para la interacción con los centros y servicios de salud, bajo la función ciudadana de control social, lo que evidencia el desarrollo de capacidades para esta acción y con la plataforma en funcionamiento se tiene una base para desarrollar otras habilidades en esta interacción.

Se han incluido los enfoques de género e interculturalidad durante la implementación del proyecto, principalmente el de interculturalidad al tener acceso tanto a prestadores de medicina tradicional y parteras, quienes, en caso de tener complicaciones, derivan a las usuarias a los centros de salud municipales. El enfoque de género ha sido incorporado principalmente en cuanto a pensar los roles y distribución de tareas familiares.

El proyecto ha contribuido a mejorar los conocimientos de las mujeres y jóvenes sobre salud sexual y salud reproductiva y prevención de la violencia sexual, a través de los instrumentos de evaluación se ha podido verificar que las participantes del proyecto tienen la capacidad para conceptualizar qué es la salud sexual y qué es la salud reproductiva, también pueden reconocer y mencionar cuáles son sus derechos sexuales y reproductivos, identifican métodos de anticoncepción, y también han podido señalar diferentes tipos de violencia que se ejercen contra las mujeres, así como situaciones específicas de violencia sexual, especialmente las más jóvenes.

Las/os titulares de derecho, han adquirido a través de las capacitaciones habilidades para la réplica, las cuales se basan en la información y conocimiento sobre el autocuidado en salud, DDSS, DDDR, derecho a la salud y prevención de enfermedades. Las habilidades desarrolladas han logrado generar un proceso de réplica sobre estos temas, tanto en entornos cercanos como familiares y amigos, y en entornos mediatos como el vecindario, juntas de vecinos, organizaciones de mujeres, casas comunales y comunidades rurales. En muchos casos parte de los materiales de réplica han sido elaborados por las/os propios replicadores/as. En el caso de las/os adolescentes y jóvenes, se ha verificado el desarrollo de habilidades sobre SSR, violencias, roles de género y AIDAJ, las que han sido replicadas en entornos cercanos, familiares, amigos y en sus unidades educativas.

Sobre la inclusión de las propuestas de las/os titulares de derechos en la gestión pública, se tiene acciones y resultados diferentes. Por un lado, se tiene propuestas de medidas administrativas para la atención a mujeres en edad fértil en los centros de atención, así como medidas de atención para las/os adolescentes y jóvenes en el ejercicio de sus DDSS y DDDR. Estas medidas han sido operadas directamente en los centros de salud por las/os prestadores de servicios. Por otra parte, se cuenta con procesos de incidencia política, en los que se han elaborado propuestas normativas para ser consideradas por los respectivos GAMs. La incidencia ha logrado que se incluyan en los planes estratégicos de un municipio (La Paz), temas vinculados a SSR para adolescentes y jóvenes.

Respecto a los espacios de participación ciudadana para la exigibilidad de sus derechos, se observa que, si bien las/os titulares de derechos participaron en espacios como el COLOSA y CAIs, no lograron participar activamente de la planificación anual y/o la definición del presupuesto en los GAMs.

Acerca de la capacidad para intercambiar experiencias, se cuenta con tres posibilidades gestionadas por las mismas beneficiarias para articularse en función de las acciones ejecutadas por el proyecto. Por una parte, se

tiene dos posibilidades de continuar las acciones de información, comunicación y réplica en temas de SSR y violencias, en otros distritos a los intervenidos en los municipios de El Alto y La Paz. La tercera alternativa es un emprendimiento a nivel de juntas vecinales para realizar tejidos, que se prevé tenga el apoyo del GAMLP y en los que adicionalmente se replicará los temas de SSR y violencia obstétrica.

Las habilidades desarrolladas a partir de la capacitación y el empoderamiento logrado por las titulares de derechos, ha activado acciones grupales tanto en mujeres como en adolescentes, para continuar con las acciones de concientización sobre SSR, violencia y derechos. Asimismo, en el caso de adolescentes y jóvenes, estos han ejercido sus derechos ciudadanos de control y vigilancia, percibiéndose como actores gestores de sus derechos, lo que da cuenta de su compromiso y acción para llevar a cabo en el corto y mediano plazo estas acciones.

Entre estos elementos positivos se encuentran, en particular, la mejora en la calidad de la atención y el respeto por los derechos de las/os usuarios/as, en particular a mujeres embarazadas. Pero la reiterada rotación del personal municipal que participó del proyecto no garantiza la sostenibilidad.

El fortalecimiento de capacidades en el personal de salud es evidente en gran medida, ya que, en muchos centros de salud de los municipios de cobertura, todo el personal, tanto médicos, administrativos y de servicios han sido capacitados en la atención de calidad y respeto a los derechos de las/os usuarias/os, pero existe la percepción que el tiempo dedicado a este fortalecimiento ha sido poco.

Se observa una ligera mejora en cuanto a los índices de conocimiento que se han construido para monitorear al personal de salud⁸, uno de ellos sobre salud sexual, salud reproductiva y atención diferenciada a adolescentes, y el otro sobre prevención de la violencia sexual y del embarazo adolescente; sin embargo, pese a esta ligera mejora, los conocimientos del personal de salud sobre estas temáticas son todavía insuficientes, más aun tomando en cuenta que se trata de personal de referencia, al que acuden mujeres y adolescentes en busca de orientación precisamente sobre SSSR, prevención del embarazo y de la violencia sexual. El manejo de mensajes todavía conservadores y estereotipados de roles de género por parte del personal de salud, es un elemento estructural que se vislumbra difícil de modificar desde una sola intervención, requiriéndose de procesos continuos que ayuden a transformar creencias y estereotipos patriarcales.

Se ha logrado, en gran medida, la articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental, ya que se han conformado comités de coordinación, la red de parteras y el compromiso de trabajo articulado. Asimismo, se ha conseguido la inclusión de las/os prestadores de medicina tradicional en funciones y se han implementado las salas de parto intercultural en algunos establecimientos de salud.

El enfoque de género, fue incorporado adecuadamente en el diseño del proyecto, atendiendo a los valores y prácticas de culturas tradicionalmente machistas, en las que la función de reproducción es un valor social y no decisión de las mujeres. El proyecto incluyó la conciencia de este contexto de valores y prácticas, en contraposición al ejercicio de los DDSS y DDRR de las mujeres. Los adolescentes y jóvenes, tuvieron una reacción sobre los valores y prácticas tradicionales, en las que reflexionaron sobre los actuales roles de género y la necesidad de lograr mayor equidad.

⁸ Se adjunta la metodología de construcción del índice de conocimientos SSSR – AIDAJ de personal de salud en el anexo 7.8

6 RECOMENDACIONES

Es recomendable, pensando en futuros proyectos, ajustar las metas considerando los niveles de cumplimiento de experiencias anteriores; en procesos de evaluación, cuando se verifica un cumplimiento que supera el 200%, probablemente significa que los indicadores fueron diseñados sin considerar el verdadero potencial del equipo, sus fortalezas y las oportunidades del entorno, o sobredimensionando las debilidades internas o las amenazas externas, y por lo tanto, en el transcurso del proyecto, resultaron relativamente fáciles de alcanzar; se sugiere que el diseño de futuras implementaciones, tome en cuenta el potencial del equipo implementador y del asocio, planteando metas más ambiciosas.

Se recomienda, para futuros procesos de evaluación de proyectos que involucren procesos formativos, emplear los mismos instrumentos de pruebas pres test – post test que se emplearon en las capacitaciones, puesto que, si se utilizan instrumentos de evaluación que no tomen en cuenta los contenidos impartidos en los procesos formativos, es muy probable que no se capte el verdadero efecto de los mismos.

Para siguientes implementaciones, se sugiere diseñar y gestionar un plan de riesgos, considerando la conflictividad social periódica en que viven distintas regiones del país y principalmente la sede de gobierno y los municipios aledaños, para mitigar las dificultades de transporte, acceso y realización de las actividades previstas. El plan de riesgos deberá incluir también un eje que aborde la alta rotación de personal de los gobiernos municipales y de las instituciones que prestan servicios públicos.

Buenas prácticas que se recomienda replicar en siguientes proyectos:

Firma de convenios con autoridades municipales, departamentales y/o nacionales que permitan viabilizar las actividades programadas.

Aplicación de contenidos formativos actualizados y metodologías participativas, dinámicas, inclusivas y lúdicas para permitir la construcción colectiva de conocimientos y aprendizajes, adaptados a cada grupo objetivo (Jóvenes, mujeres adultas, personal de salud, autoridades/técnicos municipales, etc.)

Inclusión directa de los diferentes actores, haciéndolos partícipes y co-responsables de las acciones, actividades y resultados del proyecto a partir de la realización de réplicas.

Utilización de los espacios existentes, como las ferias de salud, para la realización de las actividades previstas.

Incorporación de parteras y médicos tradicionales, reconociendo el contexto intercultural, en la prestación de servicios de salud y de la política SAFCI.

Emplear medios de difusión adecuados al contexto, como la radio, para la socialización y concientización sobre la temática abordada y redes sociales.

7 ANEXOS

7.1 Encuesta a población destinataria – Principales características

Municipio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válido	La Paz	11	17,7	17,7	17,7
	El Alto	14	22,6	22,6	40,3
	Viacha	13	21,0	21,0	61,3
	Pucarani	12	19,4	19,4	80,6
	Coroico	12	19,4	19,4	100,0
Total		62	100,0	100,0	

Grupo etario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De 18 a 20 años	10	16,1	16,1	16,1
	De 21 a 35 años	15	24,2	24,2	40,3
	De 36 a 50 años	23	37,1	37,1	77,4
	De 51 a 65 años	14	22,6	22,6	100,0
Total		62	100,0	100,0	

¿Cuál es su actividad principal?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Estudiante	15	24,2	24,2	24,2
	Labores domésticas (sin remuneración)	6	9,7	9,7	33,9
	Empleada doméstica (con remuneración)	1	1,6	1,6	35,5
	Artesana/o (textiles, zapatos, sombreros, carpintería, artesanía en general, etc.)	8	12,9	12,9	48,4
	Obrera/o (albañil, plomero, electricista, etc.)	1	1,6	1,6	50,0
	Transportistas	1	1,6	1,6	51,6
	Comerciante	10	16,1	16,1	67,7
	Prepara y/o vende comida	2	3,2	3,2	71,0
	Empleada/o asalariada/o (en alguna entidad pública o privada)	11	17,7	17,7	88,7
	No específica	1	1,6	1,6	90,3
	Partera / médico tradicional	4	6,5	6,5	96,8
	Promotora comunitaria	2	3,2	3,2	100,0
Total		62	100,0	100,0	

¿Hasta qué curso estudió?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria incompleta	2	3,2	3,2	3,2
	Primaria completa	5	8,1	8,1	11,3
	Secundaria incompleta	7	11,3	11,3	22,6
	Bachiller	15	24,2	24,2	46,8
	Técnico incompleto	3	4,8	4,8	51,6
	Técnico completo	7	11,3	11,3	62,9
	Universitario incompleto	14	22,6	22,6	85,5
	Egresada o titulada universitaria	8	12,9	12,9	98,4
	Postgrado	1	1,6	1,6	100,0
Total		62	100,0	100,0	

7.2 Test de satisfacción a usuarias de servicios de salud – Principales características

Grupo etario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De 15 a 20 años	15	15,8	15,8	15,8
	De 21 a 35 años	51	53,7	53,7	69,5
	De 36 a 50 años	25	26,3	26,3	95,8
	De 51 a 65 años	4	4,2	4,2	100,0
Total		95	100,0	100,0	

Identificación con alguna nación o pueblo indígena originario campesino

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Aymara	45	47,4	47,4	47,4
	Quechua	6	6,3	6,3	53,7
	Afrodescendiente	9	9,5	9,5	63,2
	Campesino	14	14,7	14,7	77,9
	No se identifica con ninguno	21	22,1	22,1	100,0
Total		95	100,0	100,0	

¿Cuál fue el motivo por el cual acudió al establecimiento de salud?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Consulta prenatal	16	16,8	16,8	16,8
	Consulta postnatal	23	24,2	24,2	41,1
	Consulta ginecológica en general	24	25,3	25,3	66,3
	Pediatría	11	11,6	11,6	77,9
	Medicina general	7	7,4	7,4	85,3
	Especialidad	11	11,6	11,6	96,8
	Análisis	3	3,2	3,2	100,0
	Total		95	100,0	100,0

7.3 Test de conocimientos a prestadores/as de servicios de salud – Principales características

Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Masculino	8	25,8	25,8	25,8
Femenino	23	74,2	74,2	100,0
Total	31	100,0	100,0	

Grupo etario

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 30 años o menos	2	6,5	6,5	6,5
De 31 a 40 años	15	48,4	48,4	54,8
De 41 a 50 años	6	19,4	19,4	74,2
51 años o más	8	25,8	25,8	100,0
Total	31	100,0	100,0	

¿Hace cuánto tiempo se encuentra trabajando en el puesto o se dedica a esta actividad?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Menos de un año	4	12,9	12,9	12,9
Más de 1 año menos de 3	3	9,7	9,7	22,6
Más de 3 años menos de 5	4	12,9	12,9	35,5
Más de 5 años menos de 8	5	16,1	16,1	51,6
Más de 8 años menos de 12	3	9,7	9,7	61,3
Más de 12 años	12	38,7	38,7	100,0
Total	31	100,0	100,0	

7.4 Entrevistas semiestructuradas

MUNICIPIO	NOMBRE	CARGO/REPRESENTACIÓN	INSTITUCIÓN	FECHA
ENTREVISTAS INDIVIDUALES				
La Paz	Magali Chávez	Directora ai.	Alianza por la Solidaridad	05/08/2024
La Paz	Mónica Gutiérrez	Directora	Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza	07/08/2024
La Paz	Silvia Tamayo	Responsable técnica del proyecto	Centro de Promoción de la Mujer Gregoria Apaza	07/08/2024
La Paz	Ana Kudelka	Directora	Católicas por el Derecho a Decidir	02/09/2024
La Paz	Andrea Bohorquez	Comunicadora	Alianza por la Solidaridad	02/10/2024
Viacha	Dra. Janeth Callisaya Jiménez	Directora de Salud	GAM Viacha	15/08/2024
Viacha	Dr. Royner Wilfredo Canaviri Padilla	Medico Eco grafista	Centro de Salud Viacha	16/08/2024
Viacha	Seferina Mamani Fuentes	Prestadora de servicios de medicina tradicional	Distrito 7 de Viacha	15/08/2024
Pucarani	Susana Falcón Cuaquira	Secretaria de Desarrollo Humano	GAM Pucarani	01/09/2024

MUNICIPIO	NOMBRE	CARGO/REPRESENTACIÓN	INSTITUCIÓN	FECHA
Pucarani	Dr. Limbert Eddy Mamani Mamani	Jefe Coordinador de Red de Salud Pucarani	Hospital Municipal de Pucarani	18/08/2024
Pucarani	Lic. Hortensia Uliri Yana	Jefatura de la enfermería	Hospital Municipal de Pucarani	21/08/2024
El Alto	Lic. Lucio Escobar Alcón	Responsable del Área Medicina Tradicional y salud Intercultural de Terapias Alternativas	Unidad de Promoción y Prevención de la Dirección de Gestión de la Stria. Municipal de Salud GAM El Alto	23/08/2024
El Alto	Dra. Jocelin Aguilar Camacho	Directora de Salud	Centro de Salud Ambulatorio Alto Lima Tercera Sección	16/08/2024
El Alto	Dra. Marisabel Leyva Galván	Responsable de AIDAJ	Centro de Salud Ambulatorio Alto Lima Tercera Sección	16/08/2024
El Alto	Elsa Yujra Mamani (su nombre en Aymara Illa Juphara)	Prestador/a de servicios de medicina tradicional	Medico Tradicional Amauta	17/08/2024
La Paz	Dr. Alan Cutitli Vargas	Director Del Centro de Salud	Coordinador de Red de Salud Norte Central 3	27/08/2024
La Paz	Dra. Karla Cuba Cueto	Gestora de calidad Red de Salud Norte Central 3	Centro de salud Achachicala	28/08/2024
La Paz	Daria Mamani	Prestador/a de servicios de medicina tradicional	Medico Tradicional Amauta	27/08/2024
Coroico	Lic. Dilian Escobar	Jefa de la Unidad SLIM - DNA	GAM Coroico	05/09/2024
Coroico	Dr. René Sanjinés Jiménez	Director General	Hospital General de los Yungas	05/09/2024
Coroico	Sra. Remedios Blanco	Prestador/a de servicios de medicina tradicional	Comunidad Capellanía	05/09/2024
ENTREVISTAS COLECTIVAS				
La Paz	Judith Noemy Velásquez M.	Lideresa		29/08/2024
	Patricia Benavides M.	Lideresa		
	Silberia Espejo Durán	Lideresa		
	Mariela Choque	Lideresa		
El Alto	Alejandra Madeleine Vega Choque	Brigadista		02/09/2024
	Edward Joel Vega Choque	Participante		
	Abel Quisbert Quispe	Brigadista		
	Juan José Huanca Cori	Brigadista		
	Lia Condori Silvestre	Brigadista		
	Liliana Tarqui Blanco	Brigadista		
El Alto	María Fátima Guzmán Soletto	Promotora de Salud		03/09/2024
	María Cristina Chambi Zambrana	Promotora de Salud		

MUNICIPIO	NOMBRE	CARGO/REPRESENTACIÓN	INSTITUCIÓN	FECHA
	Elda Rivero B.	Promotora de Salud		
	Beatriz Zoraida Chambi Quenta	Promotora de Salud		
	Bernabé Benita Perales Navia	Promotora de Salud		

7.5 Metodología de cálculo del índice de satisfacción

Para calcular este nivel de satisfacción, se ha aplicado un test de 13 preguntas (el mismo que se aplicó en el estudio de Línea Base), cada una ha buscado indagar en el nivel de satisfacción de las usuarias en diferentes aspectos de la atención en salud, estos aspectos son los siguientes:

1. El proceso para SACAR FICHA o CONCERTAR CITA
2. La INFRAESTRUCTURA y EQUIPAMIENTO del consultorio
3. El TIEMPO DE ESPERA
4. El TIEMPO DE ATENCIÓN
5. El Servicio proporcionado por PERSONAL ADMINISTRATIVO
6. El Servicio proporcionado por ENFERMERAS y/o PARAMÉDICOS
7. El Servicio proporcionado por los/las DOCTORES/AS
8. La ORIENTACIÓN recibida y la ACLARACIÓN de preguntas y dudas
9. El RESPETO a sus creencias y opiniones por parte del personal del centro de salud
10. La ATENCIÓN GINECOLÓGICA
11. La EMPATÍA, COMPRENSIÓN y CALIDEZ por parte del personal del centro de salud
12. La disponibilidad de MEDICAMENTOS, TRATAMIENTOS
13. La PRIVACIDAD y DISCRECIÓN de la atención recibida

Para cada uno de estos aspectos se ha pedido a las mujeres usuarias que señalen cuán satisfechas o insatisfechas se encontraban al momento de responder el test, y se ha asignado un puntaje a cada respuesta conforme al siguiente detalle:

**Opciones de respuestas y escala de puntajes asignados:
test de satisfacción a usuarias de servicios de salud**

Respuesta	Puntaje
Muy satisfecha	40
Satisfecha	30
Poco satisfecha	20
Insatisfecha	10
Muy insatisfecha	0

Finalmente, para calcular el puntaje de satisfacción de cada una de las usuarias, se ha promediado los puntajes de los 13 aspectos considerados, y se ha establecido que un puntaje de 30 o mayor a 30 es aceptable, y por debajo de 30 no es aceptable.

7.6 Metodología de cálculo del índice de conocimientos sobre SSSR

En la encuesta, tanto de línea base como a mujeres y jóvenes destinatarias del proyecto, se ha aplicado varias preguntas con la intención de medir el nivel de conocimientos de la población en SSSR, se ha construido un índice de conocimientos en SSSR para lo cual se ha empleado las preguntas, respuestas y puntajes que se detallan a continuación:

Cuadro 5. Preguntas, respuestas y puntajes para cálculo del índice de conocimientos sobre SSSR

Preguntas	Respuestas	Puntajes
¿Podría mencionar qué es la salud REPRODUCTIVA?	<ul style="list-style-type: none"> - Es un estado general de bienestar en todos los aspectos del sistema reproductivo - Bienestar físico relacionado a los sistemas reproductivos - Bienestar mental relacionado a los procesos reproductivos - Bienestar social relacionado a los procesos reproductivos - No es solamente la ausencia de enfermedades y dolencias - Incluye todas las funciones y procesos reproductivos 	Un punto por cada respuesta acertada Puntaje máximo de 6 puntos si acierta todas las opciones de respuesta
¿Podría mencionar qué es la salud SEXUAL?	<ul style="list-style-type: none"> - Es un estado general de bienestar relacionado con la sexualidad - Bienestar físico relacionado a la sexualidad - Bienestar emocional relacionado a la sexualidad - Bienestar mental relacionado a la sexualidad - Bienestar social relacionado a la sexualidad - No es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad - Todos los derechos sexuales deben cumplirse a plenitud para alcanzarla y mantenerse 	Un punto por cada respuesta acertada Puntaje máximo de 7 puntos si acierta todas las opciones de respuesta
¿Podría mencionar al menos 3 Derechos Sexuales?	<ul style="list-style-type: none"> - Al conocimiento del propio cuerpo, sus procesos y funciones sexuales y reproductivas - A disfrutar de una vida sexual libre de violencia y/o coerción sexual - A la no discriminación en función de la orientación sexual - A acceder a una educación integral para la vida afectiva y sexual desde temprana edad, posibilitando el bienestar, el desarrollo de la persona y el ejercicio de la sexualidad en forma plena, libre ... - A la expresión de la sexualidad, de la orientación sexual e identidad de género en el espacio social, en el campo político y específicamente en la participación política en la formación, eje... - A gozar de una sexualidad placentera, libremente decidida y consentida, sin más límites que los derechos de otras personas - A la integridad corporal y la autonomía en el control del cuerpo, la imagen y la identidad individual - A la información y educación en sexualidad - A la confidencialidad en la atención de la sexualidad - A servicios de salud sexual y Reproductivos accesibles, adecuados y de calidad - A alcanzar el más alto nivel de goce y placer sexual - A elegir parejas y prácticas sexuales sin más límites que los derechos de otras personas - A una vida sexual previniendo los riesgos del embarazo no deseado - A alcanzar en más alto nivel de salud sexual 	Un punto por cada respuesta acertada Puntaje máximo de 3 puntos si logra mencionar 3 o más derechos
¿Podría mencionar al menos 3 Derechos Reproductivos?	<ul style="list-style-type: none"> - Decidir sobre el número y espaciamiento de hijos/as en función de sus necesidades, deseos y expectativas - Acceder a métodos anticonceptivos seguros y de calidad - Acceder a servicios de Salud Reproductiva integrales y de calidad - Acceder a información clara y precisa sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos que le permitan tomar decisiones, faciliten los procesos de autoconocimiento y autocuidado - No ser discriminado por sus opciones reproductivas - A la maternidad libremente decidida 	Un punto por cada respuesta acertada Puntaje máximo de 3 puntos si logra mencionar 3 o más derechos

Preguntas	Respuestas	Puntajes
	<ul style="list-style-type: none"> - A recibir orientación, atención integral y tratamiento técnico profesional durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia - A la autonomía e integridad corporal. Incluye el derecho de la mujer a tomar sus decisiones libres relativas a su sexualidad y reproducción sin sufrir discriminación, criminalización, coacción - A no ser discriminadas en el trabajo o en el estudio por razones de embarazo, maternidad y/o interrupción del embarazo - A acceder a la orientación, prevención y tratamiento de problemas de infertilidad, infecciones de transmisión sexual, cáncer cérvico-uterino, mamario y prostático - A nuevas tecnologías reproductivas 	
¿Puede mencionar al menos 3 métodos anticonceptivos?	<ul style="list-style-type: none"> - Condón masculino - Condón femenino - Implantes anticonceptivos - Pastilla del día después - Píldoras anticonceptivas - Parches anticonceptivos - Inyecciones - DIU (T de cobre, espiral) - Ligadura de trompas - Vasectomía 	Un punto por cada respuesta acertada Puntaje máximo de 3 puntos si logra mencionar 3 o más métodos

El puntaje máximo que una mujer o joven encuestada puede alcanzar es 22, la escala para evaluar cuál es el nivel de conocimientos en SSSR de cada encuestada es la siguiente:

- < 8 – Puntaje de conocimiento muy bajo
- De 8 a 14 – Puntaje de conocimiento bajo
- > 14 – Puntaje de conocimiento aceptable

7.7 Metodología de cálculo del índice de conocimientos sobre violencia sexual, mujeres y jóvenes

En el siguiente cuadro se detalla las preguntas, las respuestas y los puntajes que se han empleado para construir el índice de conocimientos sobre violencia sexual.

Cuadro 6. Preguntas, respuestas y puntajes para cálculo del índice de conocimientos sobre violencia sexual

Preguntas	Respuestas	Puntajes
¿Podría mencionar al menos 3 tipos de violencia contra las mujeres y contra las adolescentes?	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia física - Violencia psicológica - Violencia sexual - Violencia económica - Violencia verbal - Violencia laboral - Violencia obstétrica, violencia médica - Acoso, hostigamiento - Chantaje emocional - Estupro - Abandono, desatención, trato negligente - Bullying/intimidación (especialmente en adolescentes) 	Un punto por cada respuesta acertada Puntaje máximo de 3 puntos si acierta a 3 tipos de violencia o más
Señale si las siguientes situaciones pueden tipificarse como violencia sexual o no:	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando una mujer es acosada por su jefe en el trabajo - Sí - Cuando una mujer es golpeada por su pareja - NO - Cuando una mujer es obligada a prostituirse - Sí - Cuando una mujer es obligada a embarazarse y dar a luz - Sí - Cuando una mujer gana un salario menor que un hombre haciendo el mismo trabajo - NO - Cuando a una mujer la tocan en partes íntimas sin su consentimiento - Sí - Cuando a una adolescente su pareja la amenaza con terminar si no accede a tener relaciones sexuales - Sí - Cuando a una mujer le niegan un puesto de trabajo a causa de su creencia religiosa - NO - Cuando una mujer sostiene relaciones sexuales con su esposo o novio sin desearlo – Sí 	Un punto por cada respuesta acertada Puntaje máximo de 9 puntos si acierta todas las opciones de respuesta

La escala que se emplea para definir el nivel de conocimiento sobre violencia sexual de las mujeres y jóvenes entrevistadas es la siguiente:

- < 7 – Nivel de conocimiento muy bajo
- De 7 a 9 – Nivel de conocimiento bajo
- > 9 – Nivel de conocimiento aceptable

7.8 Metodología para la construcción de índice de conocimientos SSSR – AIDAJ personal de salud

Este test se construyó en base a 5 baterías de 4 preguntas de elección múltiple, es decir 20 preguntas en total, y cada una tenía solamente una respuesta correcta, el índice se calcula con la sumatoria simple de las respuestas correctas, por lo tanto, si una servidora acertó a todas las respuestas correctas su puntaje total es 20. En el siguiente cuadro se detalla las preguntas, respuestas y puntajes que se emplearon para calcular el índice AIDAJ-SSSR:

Cuadro 7. Preguntas, respuestas y puntajes para cálculo del índice AIDA-SSSR

Preguntas	Respuestas	Puntajes
La abreviatura AIDAJ significa:	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis Interdisciplinario del Desarrollo en Adolescentes y Jóvenes - Atención Integral Diferenciada para Adolescente y Jóvenes (CORRECTO) - Alternativa de Integración y Diálogo con Adolescentes y Jóvenes - Atención Interdisciplinaria para el Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes - Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Los temas principales que un centro AIDAJ debe abordar son:	<ul style="list-style-type: none"> - Información, orientación y educación en materias troncales de la currícula escolar como matemática, lenguaje, ciencias naturales, biología, química y física - Orientación, educación y formación técnica en oficios para adolescentes y jóvenes, como metal-mecánica, carpintería, textiles, electricidad, plomería, albañilería, gastronomía y cuidado personal - Organización y promoción de eventos y competiciones deportivas para adolescentes y jóvenes, especialmente campeonatos de fútbol, fútbol de salón, basketbol, voleybol, atletismo y artes marciales - Información, orientación y educación sobre métodos anticonceptivos, ITS / SIDA, salud sexual reproductiva, trastornos menstruales, consumo de sustancias tóxicas, prevención de violencias, prevención de embarazo en adolescente (CORRECTO) 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Como estrategia central de capacitación a adolescentes y jóvenes, la guía Nacional para la AIDAJ plantea:	<ul style="list-style-type: none"> - Talleres magistrales a cargo de expertos internacionales en las temáticas de SSSR y prevención del embarazo adolescente - Capacitación en cascada por líderes pares en el servicio AIDAJ y en las unidades educativas (CORRECTO) - Implementación de programas de capacitación a través de plataformas digitales, para prevenir la propagación del Covid-19 - Publicación y difusión masiva de la Guía Nacional para la AIDAJ en todas las unidades educativas del país - Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
El marco conceptual del desarrollo humano integral y de promoción de la salud, señala que el desarrollo del/la adolescente se verá fortalecido solamente cuando:	<ul style="list-style-type: none"> - El/la adolescente pueda satisfacer sus necesidades, desarrollar competencias, habilidades y participación social (CORRECTO) - El/la adolescente cuente con una familia nuclear estructurada - El/la adolescente disponga de herramientas emocionales y psicológicas para hacer frente a la frustración y al fracaso - El/la adolescente cuente con servicios de salud sexual y reproductiva y prevención del embarazo - Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual se define como:	<ul style="list-style-type: none"> - La ausencia de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y otras afecciones o disfunciones relacionados a la sexualidad - Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad (CORRECTO) - El adecuado diagnóstico y tratamiento de las afecciones físicas, emocionales y psicológicas relacionadas con la sexualidad - Un estado de bienestar general relacionado a las funciones sexuales y reproductivas de las mujeres - Ninguna de los anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud reproductiva se define como:	<ul style="list-style-type: none"> - Un estado de bienestar general relacionado a las funciones sexuales durante la edad reproductiva, es decir aproximadamente desde los 13 hasta los 45 años - La atención oportuna e integral de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio - El estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida - La ausencia de dolencias y enfermedades relacionadas a los sistemas reproductivos de mujeres y hombres - Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Seleccione cuál de los siguientes NO es un derecho sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Derecho a la educación sexual integral - Derecho al desahogue sexual (CORRECTO) - Derecho al placer sexual - Derecho a la libre asociación sexual - Derecho a la atención de la salud sexual 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Seleccione cuál de los siguientes NO es un derecho reproductivo	<ul style="list-style-type: none"> - Derecho a decidir si tener hijos o no, cuántos, en qué momento y con quién - Derecho a acceder a servicios de parto intercultural - Derecho a formar una familia y a consentir o no el matrimonio - Derecho a la planificación familiar y a acceder a métodos anticonceptivos 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos

Preguntas	Respuestas	Puntajes
	<ul style="list-style-type: none"> - Derecho a que las demás personas piensen de manera similar a uno mismo, respecto a formar una familia (CORRECTO) 	
El enfoque de género es una categoría de análisis, un concepto técnico y político que considera:	<ul style="list-style-type: none"> - La rivalidad natural entre mujeres y hombres en una sociedad machista e instituciones patriarcales - Las diferencias fisiológicas que determinan los roles asignados históricamente a mujeres y a hombres en la sociedad - Los mecanismos para buscar justicia ante hechos de violencias de género en una sociedad poco sensible a las necesidades diferenciadas de las mujeres - Las diferentes oportunidades que tienen mujeres y hombres, sus interrelaciones y los diferentes roles socialmente asignados en la sociedad (CORRECTO) - Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Según las Naciones Unidas, la violencia contra la mujer se define como:	<ul style="list-style-type: none"> - Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un DAÑO FÍSICO para la mujer - Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un DAÑO SEXUAL para la mujer - Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un DAÑO PSICOLÓGICO para la mujer - Todo tipo de amenazas, coacción o privación arbitraria de libertad contra la mujer, tanto si se producen en la vida pública como en la privada - Todas las anteriores (CORRECTO) 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
El término machismo puede definirse como:	<ul style="list-style-type: none"> - Un conjunto de actitudes, pensamientos y comportamientos que configura una asignación de roles a hombres y mujeres por su sexo, y considera a los hombres superiores a las mujeres (CORRECTO) - Una forma de pensar propia de los países latinoamericanos, según la cual los hombres son superiores a las mujeres en todos los aspectos de la vida - Una tendencia de opinión creada y difundida por colectivos feministas a partir del siglo xx, que sostiene la rivalidad entre hombres y mujeres en la sociedad - Un conjunto de actitudes, pensamientos y comportamientos que considera a las mujeres superiores a los hombres en las tareas de administración del hogar y cuidados de la familia - Todas las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
El Amor Romántico es:	<ul style="list-style-type: none"> - Un estereotipo según el cual toda relación de pareja debe implicar regalos por parte de los hombres para conquistar a las mujeres - El cimiento sobre el cual debe estructurarse la familia como célula fundamental de la sociedad - Un dispositivo de control del patriarcado que define las maneras en las que las mujeres y hombres deben comportarse en una relación de pareja (CORRECTO) - El eje temático principal en las obras literarias durante el movimiento cultural desarrollado entre los siglos xviii al xix, conocido como el Romanticismo - Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
El concepto de interculturalidad puede formularse de la siguiente manera:	<ul style="list-style-type: none"> - La interacción equitativa de diversas culturas y la posibilidad de generar expresiones culturales compartidas, a través del diálogo y del respeto (CORRECTO) - La posibilidad de realizar viajes a otros países con el objetivo de conocer e interactuar con otras culturas y de este modo enriquecer los criterios y opiniones personales - La incorporación en la curricula escolar de idiomas nativos desde los primeros años de formación para incorporarlos como parte de la cultura general - La instalación en edificios y oficinas públicas de símbolos e iconografía propia de los pueblos originarios para darles realce como símbolos patrios - Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
El parto intercultural se refiere a:	<ul style="list-style-type: none"> - La participación de individuos de diferentes orígenes culturales y nacionalidades en el equipo de médicos y paramédicos que atienden los partos - La atención sanitaria caracterizada por el respeto a los derechos de madres, padres y recién nacidos, en consonancia con sus prácticas culturales, costumbres, necesidades y deseos, que garantiza las mejores condiciones de confort y seguridad (CORRECTO) - Una práctica poco saludable que promueve que las mujeres den a luz en sus propias viviendas en condiciones poco salubres, y que por lo tanto debe eliminarse - La instalación de letreros y señalética en lenguas nativas en los establecimientos de salud - Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Las prestadoras de salud materna intercultural son:	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermeras o doctoras que han tomado y aprobado cursos de lenguas nativas para comunicarse con mujeres indígenas - Son mujeres de origen indígena contratadas por los establecimientos de salud y hospitales como prestadoras de salud - Son mujeres que acompañan a otras mujeres durante su embarazo, el parto y puerperio asistiéndolas en aspectos de salud y en aspectos emocionales y psicológicos (CORRECTO) - Hace referencia a las instituciones que prestan servicios de salud materna incorporando aspectos de interculturalidad - Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
El artículo 45 de la Constitución Política del Estado señala:	<ul style="list-style-type: none"> - Que la prestación de servicios de salud materna es una competencia exclusiva del sistema único de salud universal - Que el sistema único de salud es universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social - Que ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos

Preguntas	Respuestas	Puntajes
	<ul style="list-style-type: none"> Que las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural (CORRECTO) Ninguna de las anteriores 	
El enfoque basado en los derechos humanos (EBDH) es:	<ul style="list-style-type: none"> Aquel que considera los derechos humanos de manera exclusiva para procesos de formulación de política pública en temas de protección social y desarrollo humano Aquel que se orienta a la creación de nuevos derechos humanos permitiendo su oficialización a través de instancias internacionales Aquel que se cimienta en los criterios de pertinencia, eficacia, eficiencia, sostenibilidad e impacto de la política pública de desarrollo humano Aquel que sienta el respeto, la protección y la garantía de derechos humanos como fundamento para un desarrollo humano sostenible (CORRECTO) Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Los derechos de la mujer son derechos humanos porque:	<ul style="list-style-type: none"> Fueron reconocidos en la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano de 1789 Las mujeres están expuestas a las mismas oportunidades y a las mismas amenazas que los hombres, por lo tanto, tienen los mismos derechos y las mismas obligaciones Abarcan todos los aspectos de la vida: la salud, la educación, la participación política, el bienestar económico, el no ser objeto de violencia, entre muchos más (CORRECTO) No son tan amplios para considerarse derechos humanos Todas las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Los derechos humanos son universales e inalienables porque:	<ul style="list-style-type: none"> Están vigentes en todas partes del mundo Todas las personas tienen derecho a ellos Nadie puede renunciar voluntariamente a ellos Nadie puede arrebatarlos a otra persona Todas las anteriores (CORRECTO) 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Los derechos humanos son indivisibles porque:	<ul style="list-style-type: none"> No pueden dividirse entre dos o más personas Todos (derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales) son inherentes a la dignidad de todas las personas (CORRECTO) Se ha establecido en los tratados internacionales de los derechos humanos que su redacción no puede modificarse, por lo tanto, no pueden fragmentarse Son inherentes a la sociedad en su conjunto, como ésta no puede dividirse los derechos humanos tampoco Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos

La escala que se emplea para definir el nivel de conocimiento sobre SSSR y AIDAJ del personal de salud entrevistado es la siguiente:

- < 8 – Muy bajo
- De 8 a 14 – Bajo
- > 14 - Aceptable

7.9 Metodología para la construcción del índice de conocimientos en PVS – PEA personal de salud

Este test se construyó en base a 4 baterías de 4 preguntas de elección múltiple, dos de las cuales ya se emplearon para calcular el índice de conocimientos en SSSR-AIDAJ; por lo tanto, este nuevo índice que hemos denominado de “enfoque de prevención de la violencia sexual y del embarazo adolescente” (PVS-PEA) se conforma de 16 preguntas en total, y cada una tiene solamente una respuesta correcta, el índice se calcula con la sumatoria simple de las respuestas correctas, por lo tanto, si una servidora acertó a todas las respuestas correctas su puntaje total es 16. En el siguiente cuadro se detalla las preguntas, respuestas y puntajes que se emplearon para calcular el índice de enfoque de prevención de la violencia sexual y del embarazo adolescente:

Gráfico 5. Preguntas, respuestas y puntajes para cálculo del índice de enfoque de prevención de la violencia sexual y del embarazo adolescente

Preguntas	Respuestas	Puntajes
El enfoque de género es una categoría de análisis, un concepto técnico y político que considera:	<ul style="list-style-type: none"> - La rivalidad natural entre mujeres y hombres en una sociedad machista e instituciones patriarcales - Las diferencias fisiológicas que determinan los roles asignados históricamente a mujeres y a hombres en la sociedad - Los mecanismos para buscar justicia ante hechos de violencias de género en una sociedad poco sensible a las necesidades diferenciadas de las mujeres - Las diferentes oportunidades que tienen mujeres y hombres, sus interrelaciones y los diferentes roles socialmente asignados en la sociedad (CORRECTO) - Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Según las Naciones Unidas, la violencia contra la mujer se define como:	<ul style="list-style-type: none"> - Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un DAÑO FÍSICO para la mujer - Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un DAÑO SEXUAL para la mujer - Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un DAÑO PSICOLÓGICO para la mujer - Todo tipo de amenazas, coacción o privación arbitraria de libertad contra la mujer, tanto si se producen en la vida pública como en la privada - Todas las anteriores (CORRECTO) 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
El término machismo puede definirse como:	<ul style="list-style-type: none"> - Un conjunto de actitudes, pensamientos y comportamientos que configura una asignación de roles a hombres y mujeres por su sexo, y considera a los hombres superiores a las mujeres (CORRECTO) - Una forma de pensar propia de los países latinoamericanos, según la cual los hombres son superiores a las mujeres en todos los aspectos de la vida - Una tendencia de opinión creada y difundida por colectivos feministas a partir del siglo xx, que sostiene la rivalidad entre hombres y mujeres en la sociedad - Un conjunto de actitudes, pensamientos y comportamientos que considera a las mujeres superiores a los hombres en las tareas de administración del hogar y cuidados de la familia - Todas las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
El Amor Romántico es:	<ul style="list-style-type: none"> - Un estereotipo según el cual toda relación de pareja debe implicar regalos por parte de los hombres para conquistar a las mujeres - El cimiento sobre el cual debe estructurarse la familia como célula fundamental de la sociedad - Un dispositivo de control del patriarcado que define las maneras en las que las mujeres y hombres deben comportarse en una relación de pareja (CORRECTO) - El eje temático principal en las obras literarias durante el movimiento cultural desarrollado entre los siglos xviii al xix, conocido como el Romanticismo - Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
El enfoque basado en los derechos humanos (EBDH) es:	<ul style="list-style-type: none"> - Aquél que considera los derechos humanos de manera exclusiva para procesos de formulación de política pública en temas de protección social y desarrollo humano - Aquél que se orienta a la creación de nuevos derechos humanos permitiendo su oficialización a través de instancias internacionales - Aquél que se cimienta en los criterios de pertinencia, eficacia, eficiencia, sostenibilidad e impacto de la política pública de desarrollo humano - Aquél que sienta el respeto, la protección y la garantía de derechos humanos como fundamento para un desarrollo humano sostenible (CORRECTO) - Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Los derechos de la mujer son derechos humanos porque:	<ul style="list-style-type: none"> - Fueron reconocidos en la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano de 1789 - Las mujeres están expuestas a las mismas oportunidades y a las mismas amenazas que los hombres, por lo tanto, tienen los mismos derechos y las mismas obligaciones - Abarcan todos los aspectos de la vida: la salud, la educación, la participación política, el bienestar económico, el no ser objeto de violencia, entre muchos más (CORRECTO) - No son tan amplios para considerarse derechos humanos - Todas las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos

Preguntas	Respuestas	Puntajes
Los derechos humanos son universales e inalienables porque:	<ul style="list-style-type: none"> Están vigentes en todas partes del mundo Todas las personas tienen derecho a ellos Nadie puede renunciar voluntariamente a ellos Nadie puede arrebatarlos a otra persona Todas las anteriores (CORRECTO) 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Los derechos humanos son indivisibles porque:	<ul style="list-style-type: none"> No pueden dividirse entre dos o más personas Todos (derechos civiles, políticos, económicos, sociales, culturales) son inherentes a la dignidad de todas las personas (CORRECTO) Se ha establecido en los tratados internacionales de los derechos humanos que su redacción no puede modificarse, por lo tanto, no pueden fragmentarse Son inherentes a la sociedad en su conjunto, como ésta no puede dividirse los derechos humanos tampoco Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Según la OMS, la violencia sexual es:	<ul style="list-style-type: none"> Todo acto sexual, o tentativa de consumar un acto sexual no deseado ni consentido, independientemente de la relación entre el agresor y la víctima Comentarios o insinuaciones sexuales no deseadas Acciones para comercializar o utilizar la sexualidad de una persona mediante coacción Todo acto sexual, o tentativa de consumar un acto sexual no deseado en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo Todas las anteriores (CORRECTO) 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Identifique cuál de los siguientes tipos de violencia NO debería categorizarse como violencia sexual:	<ul style="list-style-type: none"> Violación en el matrimonio o en citas amorosas Que la madre no permita al padre pasar tiempo con sus hijos (CORRECTO) Abuso sexual de personas físicas o mentalmente discapacitadas Insinuaciones sexuales no deseadas o acoso sexual (en la escuela, el lugar de trabajo, etc.); Tradiciones como matrimonio infantil, cohabitación forzada, ablación entre otras similares 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
La razón más lógica por la cual las mujeres no notifican haber sido víctimas de violencia sexual son:	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de prevención y atención ineficientes y corrompidos Vergüenza Temor o riesgo a sufrir represalias por parte del agresor y/o su familia Temor o riesgo de ser revictimizadas y culpadas por los mismos servidores públicos Todas las anteriores (CORRECTO) 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Actualmente, se considera que la mejor estrategia para hacer frente a la violencia sexual es:	<ul style="list-style-type: none"> Volver más severas las leyes y las sanciones contra los agresores para sentar precedentes y castigos ejemplares Incorporar en la currícula escolar una materia sobre prevención de la violencia sexual Sensibilizar a las madres y padres de familia sobre la gravedad de la violencia sexual, para que sean ellas/os quienes eduquen correctamente a sus hijos Abordarla desde un enfoque de salud pública que reconozca que la violencia es causada por múltiples factores y que requiere la cooperación de diversos sectores (CORRECTO) Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Según datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) el año pasado (2021) en Bolivia se registró:	<ul style="list-style-type: none"> 39 mil embarazos en adolescentes (CORRECTO) 25 mil embarazos en adolescentes 42 mil embarazos en adolescentes 17 mil embarazos en adolescentes Ninguna de las anteriores 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Señale cuál de las siguientes NO es una causa de embarazo adolescente en Bolivia (según UNFPA):	<ul style="list-style-type: none"> Pobreza Desigualdades de género y violencia sexual Falta de conciencia de las adolescentes (CORRECTO) Reducido acceso a educación Debilidad de los sistemas e instituciones que protegen los derechos de las/los adolescentes 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Señale cuál de las siguientes NO es una consecuencia del embarazo en adolescentes:	<ul style="list-style-type: none"> Muerte de las gestantes adolescentes Discriminación y estigmatización social de las adolescentes Interrupción de los proyectos de vida de las adolescentes Elevado costo social Realización y crecimiento personal de las adolescentes (CORRECTO) 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos
Señale cuál de las siguientes NO es una recomendación adecuada para prevenir el embarazo en adolescentes y sus consecuencias:	<ul style="list-style-type: none"> Implementar y ampliar los programas de educación sexual integral Implementar y ampliar los programas de atención de salud sexual y reproductiva Apoyar a las adolescentes embarazadas y madres para que puedan concluir sus estudios Prohibir las relaciones de pareja antes de los 18 años (CORRECTO) Ampliar la distribución de métodos anticonceptivos y la difusión de información sobre su correcta utilización 	1 punto por acertar a la respuesta correcta, o puntos en todos los demás casos

La escala que se emplea para definir el nivel de conocimiento sobre PVS y PEA del personal de salud entrevistado es la siguiente:

- < 7 – Muy bajo
- De 7 a 11 – Bajo
- > 11 - Aceptable



Gerenssa

Contacto:

Marco Antonio Villarroel Peña
Gerente de Programas y Proyectos GERENSSA
marco.gerenssa@gmail.com | Cel: +591 796 77263
www.gerenssa.com

Dirección:

Calle Pinilla esq. Av. 6 de Agosto, N° 274, Edificio Pinilla – Piso 4
Zona San Jorge. La Paz, Bolivia
info@gerenssa.com

