



Hasta lograr la igualdad

CONVOCATORIA
REF 08-FY25

Consultoría

Elaboración Línea de Base del Proyecto REACH:

“Adolescentes resilientes y empoderadas para el cambio y la acción en salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR)”.

PRODUCTO 3
INFORME FINAL DE LA LÍNEA DE BASE

MARZO 2025

Presentada por:



Gestión del Desarrollo
Urbano y Rural

PARTE I – ANTECEDENTES	12
1.1. Antecedentes de Plan International	12
1.2. Proyecto REACH	13
1.3. Objetivos de la consultoría.....	14
1.3.1. Objetivo General	14
1.3.2. Objetivos específicos.....	14
1.4. Alcance de la consultoría	15
1.4.1. Alcance temático	15
1.4.2 Alcance de grupos poblacionales	16
1.4.2. Alcance geográfico.....	16
1.4.4 Alcance temporal	16
PARTE II- METODOLOGÍA	18
2.1 Etapa previa a la recolección de datos.....	19
2.1.1 Desarrollo de la prueba piloto	20
2.1.1.1 Resultados obtenidos de la prueba piloto	21
2.1.2 Capacitación sobre las herramientas y los protocolos de protección	22
2.1.2.1 Reporte de situaciones de riesgo identificadas	24
2.2 Etapa de ejecución y recolección de datos	24
2.2.1 Supervisión del relevamiento de información	26
2.2.2 Obtención de consentimientos informados	26
2.2.3 Alcance del proceso.....	27
2.2.4 Medidas aplicadas en relación con la Matriz de Riesgos.....	30
2.3 Etapa posterior	33
2.3.1 Codificación de los cuestionarios.....	33
2.3.2 Digitación, vaciado de la información y limpieza de datos	33
PARTE III – ANÁLISIS DE CONTEXTO DE LÍNEA BASE	34
3.1 Análisis de contexto nacional.....	34
3.2 Análisis Contextual Departamento de Santa Cruz.....	35
3.2.1 Municipio de Porongo	36
3.2.2 Municipio de El Torno	38
3.3 Análisis Contextual Departamento de Cochabamba	42
3.3.1 Municipio de Aiquile.....	42

3.4. Análisis Contextual Departamento de Chuquisaca.....	46
3.4.1 Municipio de Villa Serrano.....	46
3.4.2 Municipio de Tomina.....	48
3.5. Análisis Contextual Departamento de Tarija	50
3.5.1 Municipio de Padcaya.....	51
3.5.2 Municipio de El Puente	55

PARTE IV – RESULTADOS 58

4.1 Indicador 1000a Índice de embarazo en adolescentes.....	58
4.2 Indicador 1000b Puntuación media del Índice de Empoderamiento de Mujeres y Niñas -WGEI62	
4.3 Indicador 1100a Porcentaje de AJM que toman decisiones adecuadas sobre su SDSR.....	70
4.4 Indicador 1100b Porcentaje de AJM con acceso adecuado a recursos y servicios de SDSR.....	75
4.5 Indicador 1100c Porcentaje de AJM que utilizan actualmente, o cuya pareja sexual utiliza, al menos un método anticonceptivo	81
4.6 Indicador 1200a Nivel promedio de satisfacción de las AJM con la calidad y la capacidad de respuesta de los servicios de SSR prestados por los establecimientos de salud seleccionados.....	84
4.7 Indicador 1200b Nivel promedio de la calidad, sensibilidad de género y amigabilidad a las AJM en la prestación de servicios de SSR de los centros de salud focalizados.....	87
4.8 1300a Nivel de respuesta institucional a las necesidades en SDSR y Protección de las AJM en los municipios focalizados.....	91
4.9 Indicador 1110a Porcentaje de escuelas focalizadas que aplican plenamente una EIS de calidad para sus alumnas y alumnos.....	95
4.10 Indicador 1110b Porcentaje de alumnas y alumnos que declaran estar satisfechos con la EIS recibida en el último año en su centro educativo.....	99
4.11 Indicador 1120a Porcentaje de adolescentes y jóvenes con habilidades personales adecuadas y confianza para hacer valer sus derechos y expresar sus decisiones sobre su SDSR.....	103
4.12 Indicador 1120b Porcentaje de adolescentes y jóvenes con conocimientos prácticos adecuados sobre SDSR, VSBG y servicios relacionados.....	109
4.13 Indicador 1120c Porcentaje de adolescentes y jóvenes que perciben a las mujeres/niñas como iguales a los hombres/niños.....	114
4.14 Indicador 1130a Porcentaje de integrantes de la familia y de la comunidad con una actitud positiva y conocimientos prácticos adecuados para apoyar y promover los SDSR de AMJ.....	120
4.15 Indicador 1130b Porcentaje de integrantes de la familia y de la comunidad que perciben a las mujeres/niñas como iguales a los hombres/niños.....	124
4.16 Indicador 1220a Calificación promedio de la disponibilidad, calidad, inclusividad, sensibilidad al género y a la edad del entorno físico y recursos en los establecimientos de salud focalizados	127
4.17 Indicador 1230b Nivel de funcionalidad del sistema SVEC en las comunidades focalizadas.	132

4.18 Indicador 1300b Nivel de participación de miembros de organizaciones de base de mujeres y jóvenes en espacios institucionales de planeación y toma de decisiones.....133

4.19 Indicador 1130c Número de denuncias y acciones comunitarias contra de violaciones de derechos a las AJM recibidas y remitidas por parte de mecanismos comunitarios.....137

PARTE V – LECCIONES APRENDIDAS 140

PARTE VI – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 144

PARTE VII – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 147

PARTE VIII - ANEXOS 148

Anexo 1 . Ficha municipal Porongo.....148

Anexo 2 . Ficha municipal El Torno.....
152

Anexo 3 . Ficha municipal Aiquile.....156

Anexo 4 . Ficha municipal Tomina.....160

Anexo 5 . Ficha municipal Villa Serrano.....164

Anexo 6 . Ficha municipal Padcaya.....168

Anexo 7 . Ficha municipal El Puente.....
172

Anexo 8. REACH GAD 01.....176

Anexo 9. REACH GOCS 02.....
178

Anexo 10. REACH GESP 03..... 181

Anexo 11. REACH GECE 04.....183

Anexo 12. REACH FESS 05..... 185

Anexo 13 REACH CAJ 06_G1.....
192

Anexo 14 REACH CAJ06_G2.....
200

Anexo 15 REACH CCE 08..... 209

Anexo 16 REACH GGF 09..... 213

Anexo 17 REACH CFC 10.....217

Anexo 18 REACH GECE 11.....225

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Propósito y enfoque global de Plan International.....	12
Ilustración 2 Estrategia del proyecto REACH	13
Ilustración 3 Esquema metodología aplicada	18
Ilustración 4 Captura de pantalla del contenido y participación en la capacitación	23

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Distribución de casos notificados por estado de diagnóstico acumulados por gestión...	35
Gráfico 2 Porcentaje de AJM que visitaron centros de salud para recibir servicios SDSR.....	79
Gráfico 3 Distribución de AJM según razones por las cuales no acudió a centros de salud para recibir servicios SDSR.....	80
Gráfico 4 Resultados sobre el tipo de anticonceptivos utilizados por AJM o sus parejas.....	83
Gráfico 5 Resultados sobre la frecuencia de uso de anticonceptivos utilizados en participantes sexualmente activas.....	83

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1 Fotografías de Centros AIDA.....	130
Imagen 2 Fotografía material educativo disponible en algunos centros de salud.....	131

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Cobertura geográfica del Proyecto REACH	14
Tabla 2 Resultados e indicadores del marco de medición del rendimiento	15
Tabla 3 Alcance de grupos poblaciones	16
Tabla 4 Alcance geográfico de la consultoría	16
Tabla 5 Fecha de capacitación equipo consultor en Políticas de Salvaguarda	23
Tabla 6 Conformación del equipo consultor para el levantamiento de información primaria	25
Tabla 7 Diseño de muestreo del Proyecto REACH	27
Tabla 8 Distribución muestral para la LB del Proyecto REACH.....	26
Tabla 9 Áreas geográficas cubiertas para la elaboración de la LB del Proyecto REACH.....	27
Tabla 10 Instrumentos aplicados y alcance obtenido para la construcción de la LB del Proyecto REACH.....	27
Tabla 11 Codificación utilizada para los consentimientos informados y cuestionarios.....	33
Tabla 12 Diferencia entre Porcentaje e Índice.....	59
Tabla 13 Embarazos adolescentes mujeres por municipio y rango etario	59
Tabla 14 Dimensiones del Índice WGEI consideradas para el cálculo del Indicador 1000b.....	61
Tabla 15 Indicador 1000b Descripción de nivel de empoderamiento.....	63
Tabla 16 Indicador 1000b Desagregación por departamento y grupo etario – Adolescentes y jóvenes mujeres.....	64
Tabla 17 Indicador 1000b Puntaje grupo etario – Adolescentes y jóvenes mujeres.....	65
Tabla 18 Indicador 1000b Puntuación promedio por dimensión – Adolescentes y jóvenes mujeres...	66

Tabla 19	Indicador 1100a Definición de dimensiones.....	71
Tabla 20	Indicador 1100a Descripción de rangos de análisis de los resultados.....	70
Tabla 21	Indicador 1100a por dimensiones y grupo etario – Adolescentes y jóvenes mujeres.....	71
Tabla 22	Resultados del Indicador 1000a en adolescentes de 12 a 14 años.....	72
Tabla 23	Resultados del Indicador 1000a en adolescentes y jóvenes por grupo etario y municipio...	72
Tabla 24	Resultados del Indicador 1000b en adolescentes y jóvenes por grupo etario.....	76
Tabla 25	Indicador 1100c Resultados por género, grupo etario y municipio.....	80
Tabla 26	Indicador 1200a Preguntas que responden al indicador.....	83
Tabla 27	Resultados del Indicador 1200a Desagregados por municipio y edad.....	84
Tabla 28	Definición de las dimensiones consideradas en el análisis.....	86
Tabla 29	Descripción de rangos de análisis de los puntajes obtenidos para el indicador 1200b.....	87
Tabla 30	Resultados del indicador 1200b por dimensión y municipio.....	89
Tabla 31	Rangos de calificación e interpretación para el indicador 1300a.....	90
Tabla 32	Resultados Indicador 1300a Descripción nivel de respuesta institucional.....	91
Tabla 33	Preguntas consideradas para el cálculo del indicador 1110a.....	96
Tabla 34	Indicador 1110a Descripción del nivel de implementación de la EIS.....	94
Tabla 35	Resultados del porcentaje de implementación de EIS por municipio para el análisis del indicador 1110a	97
Tabla 36	Resultados generales del indicador 1110b.....	99
Tabla 37	Indicador 1110b Preguntas que responden al indicador.....	98
Tabla 38	Resultados indicador 1110b por rango etario y municipio.....	99
Tabla 39	Resultados por dimensión y grupo etario del indicador 1110b.....	101
Tabla 40	Resultados generales del indicador 1120a.....	101
Tabla 41	Indicador 1120a Descripción de las dimensiones.....	102
Tabla 42	Indicador 1100a Descripción de rangos de análisis de los resultados	105
Tabla 43	Indicador 1120a Índice por dimensión, grupo etario, género y municipio. – Mujeres	107
Tabla 44	Indicador 1120a Índice por dimensión, grupo etario, género y municipio. – Hombres.....	105
Tabla 45	Indicador 1120a Resultados por dimensiones y grupo etario.....	108
Tabla 46	Resultados generales del Indicador 1120b	109
Tabla 47	Indicador 1120b Descripción de las dimensiones.....	108
Tabla 48	Resultados Indicador 1120b por municipio, grupo etario y género – Mujeres.....	109
Tabla 49	resultados indicador 1120b por municipio, grupo etario y género – Hombres.....	110
Tabla 50	Resultados indicador 1120b por temáticas evaluadas en las dimensiones por grupo etario.....	111
Tabla 51	Resultados generales del Indicador 1120c	114
Tabla 52	Indicador 1120c Descripción de las dimensiones.....	112
Tabla 53	Resultados generales del Indicador 1120c.....	114
Tabla 54	Resultados Indicador 1120c Resultado por municipio y grupo etario – Hombres.....	114
Tabla 55	Resultados Indicador 1120c Resultado por municipio y grupo etario – Mujeres.....	115
Tabla 56	Resultados por dimensión y grupo etario.....	116
Tabla 57	Resultados generales del Indicador 1130a.....	120
Tabla 58	Indicador 1130a Descripción de las dimensiones.....	118
Tabla 59	Resultados del Indicador 1130a por municipio y género	122
Tabla 60	resultados por dimensión, temática y género.....	121
Tabla 61	Resultados generales del Indicador 1130b.....	124

Tabla 62 Indicador 1130b Descripción de las dimensiones.....	124
Tabla 63 Resultados indicador 1130b por municipio y género	126
Tabla 64 Resultados por dimensión y género.....	125
Tabla 65 Definición de las dimensiones consideradas en el análisis	128
Tabla 66 Descripción de rangos de análisis de los puntajes obtenidos para el indicador 1220a ..	129
Tabla 67 resultados indicador 1220 a por dimensión y municipio.....	128
Tabla 68 Rangos de calificación para el indicador 1300a.....	131
Tabla 69 Indicador 1300b Nivel de participación por municipio.....	132

RESUMEN EJECUTIVO

El Proyecto REACH es una iniciativa de Plan International Bolivia y CIES Salud Sexual – Salud Reproductiva, financiado por *Global Affairs Canadá*, que busca mejorar la salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR) de adolescentes y jóvenes mujeres (AJM) en Bolivia. La implementación del proyecto tiene un alcance de 40 comunidades en cuatro departamentos: Santa Cruz (El Torno, Porongo y el Distrito 6 de Santa Cruz de la Sierra), Cochabamba (Aiquile), Chuquisaca (Tomina y Villa Serrano) y Tarija (Padcaya y El Puente).

La pertinencia de las regiones de implementación del proyecto (que son rurales, periurbanas y urbanas) se sustenta en la persistencia de desafíos como el desconocimiento sobre SDSR y sobre las instituciones que ofrecen estos servicios, las dificultades en el acceso a las mismas, y la prevalencia de casos de violencia basada en género. Por este motivo, el objetivo general del presente estudio de línea de base es el de **establecer el nivel inicial de los 19 indicadores de resultados y sus determinantes para posteriormente conducir acciones de monitoreo y evaluación**. Dicha medición, comprende abordar las siguientes temáticas: *salud y derechos sexuales y reproductivos, igualdad de género, protección frente a violencia basada en género en ejercicio de los SDSR y gobernanza en salud*.

Para lo señalado, se trabajó mediante la **Metodología de Análisis Estadístico Integral**, que combina técnicas cualitativas y cuantitativas, permitiendo un enfoque inclusivo y equitativo en la recopilación de datos. La consultoría se realizó **en cuatro etapas clave**:

- **Etapla previa a la recolección de datos:** incluyó la elaboración, revisión y aprobación de herramientas, la capacitación del equipo consultor y una prueba piloto.
- **Etapla de ejecución y recolección de datos:** se coordinó el trabajo de campo desplegando tres equipos simultáneos; y se realizó la aplicación de encuestas, entrevistas y grupos focales in situ.
- **Etapla posterior:** abarcó la limpieza de datos, codificación, digitación y análisis de los datos recolectados.
- **Etapla final:** enfocada en la presentación de los resultados obtenidos.

Los resultados obtenidos del ingreso a campo evidencian un cumplimiento satisfactorio de los objetivos planteados, alcanzando e incluso superando las metas planificadas.

Los resultados obtenidos evidenciaron lo siguiente:

- **El promedio de embarazos en adolescentes en la zona de intervención del proyecto es del 18,28 %, superando con 6,27% al promedio nacional (12,01%),** evidenciando focos críticos que demandan intervenciones urgentes.
- A instancias de la medición de línea base, **las adolescentes y jóvenes mujeres de los ocho municipios presentan ciertos niveles de autonomía y participación en la toma**

de decisiones. Sin embargo, persisten limitaciones estructurales importantes en dimensiones como acceso a servicios, normas sociales y participación institucional. En esto, se evidencia la importancia de involucrar a toda la familia y a la comunidad en general en espacios de formación y socialización sobre el tema, para que así el tema deje de ser considerado un tabú.

- En relación a los conocimientos prácticos adecuados sobre SDSR, VSBG de los adolescentes y jóvenes, **las dimensiones con con mayor desempeño, como Derechos Sexuales y Reproductivos y Acceso a Información está sujeta a grupos etarios con mayor acceso a servicios de salud para abordar temáticas SDSR.** Sin embargo, **la prevención de violencias, registra el promedio más bajo**, lo que sugiere que los **programas existentes priorizan la transmisión de conceptos teóricos, pero descuidan las habilidades prácticas.**
- **Las adolescentes, jóvenes y mujeres internalizan mejor su derecho a gestionar su salud sexual, pero no logran aplicarlo para protegerse de violencias.** Esta internalización se ve más reflejada a media que ellas crecen; sin embargo, aún persisten **barreras estructurales como acceso limitado a servicios o presión social.**
- **Respecto a los servicios de salud sexual y reproductiva, estos aún enfrentan desafíos** al momento de ser llegar a los/las jóvenes de intervención. Por un lado, porque existen zonas en las que se requiere el **permiso y la presencia de cuidadores** para su atención; o también por la **falta de confianza** de los/las jóvenes hacia las instituciones o sus profesionales. También es importante mencionar que, la baja proporción de AJM que utilizaron los servicios de SDSR (15%) es, en sí misma, un hallazgo crítico que sugiere insatisfacción o barreras estructurales. Este bajo nivel de asistencia refleja posibles fallas en la accesibilidad, la confianza en el sistema de salud o la percepción de que los servicios no están adaptados a sus necesidades–
- Algunos desafíos que enfrentan las leyes municipales o los centros AIDA en las zonas de intervención son: **el cambio constante de autoridades y la discontinuidad de programas, el financiamiento insuficiente, la fragmentación institucional y la falta de participación juvenil.**
- **Los adolescentes de entre 12 y 14 años tienen un acceso limitado a información sobre derechos sexuales y reproductivos, principalmente porque todavía se considera que son temas que deben abordarse solo entre “adultos”.** En esta misma línea, aún persiste la idea de que hablar sobre salud y derechos sexuales y reproductivos implica “incitar a que se inicie la actividad sexual” en los/las menores. Esto evidencia la necesidad de involucrar a padres, madres, cuidadores y adultos responsables en las iniciativas de socialización y promoción de los derechos y la salud sexual y reproductiva; para así hacerle frente al tabú que envuelve a la temática.
- En el caso de los **adolescentes y jóvenes mayores de 15 años**, si bien ellos presentan mayor conocimiento sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, **el desafío se encuentra en la exigencia de permisos parentales en ciertos municipios (principalmente de Chuquisaca) para que los/las menores puedan acceder a**

servicios relacionados a la salud sexual. En esta misma línea, en los casos en los que no se les exige un permiso parental como tal, existe también cierto nivel de desconfianza de los adolescentes y jóvenes hacia el personal (principalmente percibido como “adulto”) encargado de brindar servicios de salud sexual o reproductiva, o bien en espacios educativos.

- Específicamente sobre el papel de los centros educativos, se ha evidenciado que la calidad y profundidad de la educación sexual que se brinda, **depende de los recursos disponibles y del grado de formación del personal docente.** Si bien en todas las unidades educativas se siguen los lineamientos brindados por la currícula oficial, las metodologías o enfoques podrían ser enriquecidos según la disponibilidad de medios y recursos en cada establecimiento. Al respecto, **se destaca un impacto positivo de organizaciones como Plan Internacional, que brindan constantemente apoyo al fortalecimiento de docentes, y también mediante material educativo.**
- En relación a las capacidades de las familias y de miembros de la comunidad, estos actores muestran **una capacidad media de brindar apoyo en temas de salud y derechos sexuales y reproductivos.** Esto principalmente porque todavía persiste (principalmente en comunidades rurales) la creencia de que es un tema que debe limitarse a los “adultos”.
- Se ha **detectado un nivel medio-alto en actores de las familias y de las comunidades en general, sobre perspectiva de género.** En temas de crianza, los actores evidencian un importante nivel de conocimiento que les permite hacerle frente a creencias limitantes y/o violentas sobre el rol los niños y las niñas. Esto sugiere una oportunidad importante para que ellos puedan seguir fortaleciendo la orientación de los/las menores, dejando de lado roles y estereotipos de género.
- Se debe considerar **que la falta de registros confiables y de centralización de datos, y la ausencia de articulación entre actores comunitarios y estatales dificulta en gran medida que se consoliden acciones comunitarias** en contra de violaciones de derechos de adolescentes, jóvenes y mujeres.

Con este contexto, bajo los hallazgos obtenidos con el estudio de línea de base, se recomienda lo siguiente:

- Diseñar e implementar mecanismos de planificación para la aplicación de la Educación Integral en Sexualidad (EIS), que respondan a las necesidades de adolescentes y jóvenes en su contexto específico.
- Crear y promocionar espacios para la socialización de los mecanismos de protección para adolescentes y jóvenes, de manera que ellos sientan la confianza necesaria para acudir a instituciones que brinden estos servicios.
- Es necesario fortalecer las estrategias específicas para la participación de los adolescentes más jóvenes (particularmente de 12 a 14 años) en espacios educativos sobre salud y derechos

sexuales y reproductivos. Para esto, se deben considerar acciones que generen ambientes seguros y sin presiones para ellos.

- Es importante crear espacios de diálogo entre adolescentes, docentes, personal de salud y la comunidad, para fortalecer la confianza entre ellos, y así sea posible promover una atención más integral. Estos espacios deben adaptarse a las realidades locales: en zonas rurales, conviene tratar ciertos temas con mayor sensibilidad e incluir a madres y padres.
- Se debe asegurar la participación de las familias y de la comunidad en general en proceso de formación y sensibilización sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Este involucramiento es un factor clave que permitirá una mejor comprensión de las necesidades de los adolescentes y contribuirá a generar entornos más favorables para su desarrollo integral.
- Es importante que los esfuerzos que se planteen para las comunidades rurales, sean dinámicas que no dependan de la 100% conexión a internet, especialmente cuando se trate de material educativo o de sensibilización para jóvenes. En este sentido, en este tipo de escenarios, serán particularmente valiosos los espacios presenciales y participativos, y los materiales didácticos que garanticen una experiencia enriquecedora para ellos.

PARTE I – ANTECEDENTES

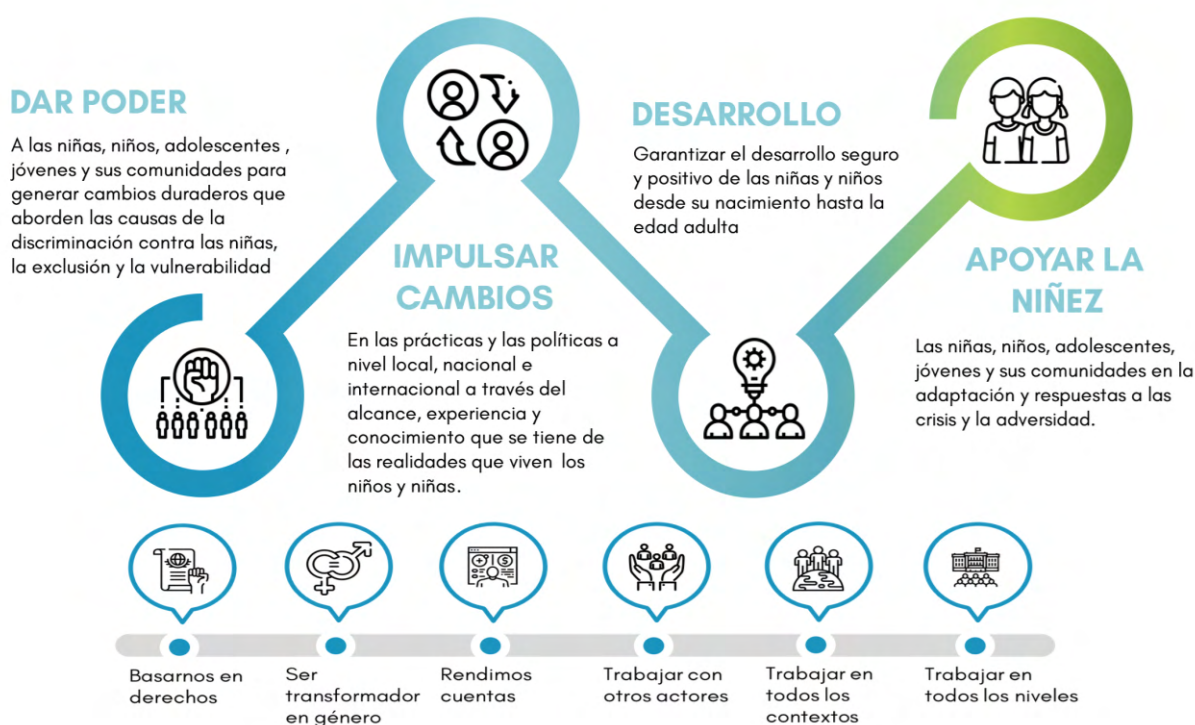
1.1. Antecedentes de Plan International

Plan International, fundada en 1937, es una organización humanitaria y de desarrollo que promueve los derechos de la niñez y la igualdad para las niñas. Trabaja con sus socios y aliados para abordar las causas profundas de los problemas que sufren la niñez y la juventud vulnerable.

Defiende los derechos de la niñez desde su nacimiento hasta su vida adulta y los prepara para afrontar las crisis y adversidades. Fomenta cambios en la práctica y en las leyes a nivel local y nacional con su experiencia y conocimientos. Desde hace 80 años, forja sólidas alianzas en favor de la niñez y tiene presencia activa en más de 75 países.

En Bolivia, ha estado trabajando durante más de 50 años y actualmente opera en más de 700 comunidades de los departamentos de Cochabamba, La Paz, Santa Cruz, Sucre y Tarija, luchando por un mundo justo para las niñas y los niños en situación más vulnerable.

Ilustración 1 Propósito y enfoque global de Plan International



Fuente: Elaboración propia, Reinventarse 2024

Además, Plan International tiene un nuevo y ambicioso reto: llegar, a través de su trabajo, a 100 millones de niñas para transformar sus vidas. Este objetivo se propone cumplirlo en los próximos 5 años para que millones de niñas y niños: Aprendan, Lideren, Decidan y Prosperen.

1.2. Proyecto REACH

El proyecto REACH es una iniciativa de Plan International Bolivia y CIES Salud Sexual – Salud Reproductiva, financiado por Global Affairs Canadá, que busca mejorar la salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR) de adolescentes y jóvenes mujeres (AJM) en Bolivia, especialmente las más vulnerables.

La estrategia del proyecto se basa en tres enfoques transformadores de género interconectados.

Ilustración 2 Estrategia del proyecto REACH



Fuente: Elaboración propia, ReinventaRSE 2024

El proyecto se implementa en 40 comunidades de los municipios en cuatro departamentos: Aiquile en Cochabamba, Villa Serrano y Tomina en Chuquisaca, El Torno, Porongo y Distrito 6 en Santa Cruz de la Sierra, Padcaya y el Puente en Tarija.

Los municipios seleccionados, que incluyen zonas rurales, periurbanas y urbanas, enfrentan diversos desafíos en términos de Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Santa Cruz, la ciudad más grande del país, ofrece una variedad de servicios de SSR. Sin embargo, los migrantes económicos que llegan a la ciudad, atraídos por posibles oportunidades, a menudo tienen poco conocimiento de estos servicios. El Distrito 6 y El Torno son particularmente notables como puntos de recepción para migrantes internos que buscan formación profesional y empleo.

Los municipios rurales de Cochabamba, Chuquisaca y Tarija enfrentan desafíos en el acceso a los servicios de SSR, debido a la escasez de Centros de Salud (CS), las largas distancias a estos centros, los tiempos de espera prolongados y la pobreza financiera que crean barreras para el acceso a la SSR. Muchos de estos municipios tienen poblaciones indígenas significativas cuyos indicadores de SSR son inferiores a los de los grupos no indígenas. Cochabamba, en particular, tiene tasas de violencia superiores al promedio, incluyendo altas tasas de violencia sexual y de género.

En todos los municipios seleccionados, la desigualdad de género es una brecha estructural perpetuada por fundamentalismos socioculturales patriarcales de grupos conservadores que se resisten a la difusión de información sobre SDSR y a la provisión de servicios relacionados.

La cobertura geográfica del proyecto REACH se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 1 Cobertura geográfica del Proyecto REACH

Departamento	Municipios	Comunidades
Chuquisaca	Villa Serrano	5 comunidades: Mendoza, Montegrande, Nuevo Mundo, Pampas del Tigre, Villa Serrano
	Tomina	5 comunidades: Pucara, El Corso. El Rodeo, Tarabuquillo. Tomina
Cochabamba	Aiquile	5 comunidades: Aiquile, Chaqui Mayu, Panamá, Quiroga, Villa Granado
Santa Cruz	El Torno	6 comunidades: El Torno, Angostura, Jorochito, Limoncito, Puerto Rico, Santa Rita
	Porongo	5 comunidades: Pozo Colorado, Puerto Ichilo, San Juan Bautista, Los Batos, Terebinto
	D6 Barrios Periurbanos	3 barrios: Los Cusis, San Cayetano, Santa Lucía
Tarija	Padcaya	6 comunidades/barrios Barrio Central - PAD, Cañas, Camacho, La Mamora, Río Negro, Rosillas
	El Puente	5 comunidades: Alta Gracia, El Molino, El Puente, Pueblo Nuevo. Iscayachi
Total		40 comunidades/barrios

Fuente: Elaboración propia, con base en información Proyecto REACH

1.3. Objetivos de la consultoría

1.3.1. Objetivo General

Llevar a cabo un estudio de Línea de Base para el proyecto “Adolescentes resilientes y empoderadas para el cambio y la acción en SDSR – REACH”, que se implementará en 8 municipios que abarca zonas rurales, periurbanas y urbanas de los departamentos de Cochabamba, Chuquisaca, Santa Cruz y Tarija, con el fin de establecer el nivel inicial de los indicadores de resultados y sus determinantes para posteriormente conducir acciones de monitoreo y evaluación.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer valores de línea de base para indicadores aprobados de los resultados esperados del proyecto en los municipios de intervención, como en municipios de comparación (grupo control).
- Proveen información cuantitativa para definir metas realistas y alcanzables durante la vida del proyecto – 66 meses.
- Proveen evidencia sobre factores contextuales claves, y verificar el entendimiento de PIB y CIES sobre el estado de la situación de la SDSR en los ámbitos y las áreas geográficas donde trabajará el proyecto.

1.4. Alcance de la consultoría

1.4.1. Alcance temático

El alcance de la medición de la línea de base comprende la medición en campo de los indicadores y variables asociadas con las siguientes temáticas generales:

- Salud y Derechos sexuales y reproductivos
- Igualdad de Género
- Protección frente a violencia basada en género en ejercicio de los SDRS, incluido el acceso a la Interrupción legal del embarazo (ILE) y la prevención del Matrimonio y Unión Temprana Forzada (MUTF).
- Gobernanza en salud

Los indicadores incluidos en el Marco de Medición del Rendimiento que serán medidos a través del estudio de línea de base se detallan a continuación:

Tabla 2 Resultados e indicadores del marco de medición del rendimiento

RESULTADOS E INDICADORES DEL MARCO DE MEDICIÓN DEL RENDIMIENTO		
Nivel	Resultado, instrucción (+ código)	Desagregación
Resultado Final	1000a Índice de embarazo adolescente.	Grupo etario
	1000b Puntuación media del Índice de Empoderamiento de Mujeres y Niñas - WGEI	Grupo etario
Resultados Intermedios	1100a Porcentaje de AJM que toman decisiones adecuadas sobre su SDRS	Grupo etario
	1100b Porcentaje de AJM con acceso adecuado a recursos y servicios de SDRS	Grupo etario
	1100c Porcentaje de AJM que utilizan actualmente, o cuya pareja sexual utiliza, al menos un método anticonceptivo	Grupo etario
	1200a Nivel promedio de satisfacción de las AJM con la calidad y la capacidad de respuesta de los servicios de SSR prestados por los establecimientos de salud seleccionados	Grupo etario
	1200b Nivel promedio de la calidad, sensibilidad de género y amigabilidad a las AJM en la prestación de servicios de SSR de los centros de salud focalizados	N/A
	1300a Nivel de respuesta institucional a las necesidades en SDRS y Protección de las AJM en los municipios focalizados	N/A
	1300b Nivel de participación de miembros de organizaciones de base de mujeres y jóvenes en espacios institucionales de planeación, concertación y toma de decisiones	N/A
	1110a Porcentaje de escuelas focalizadas que aplican plenamente una EIS de calidad para sus alumnas y alumnos	N/A
Resultados intermedios	1110b Porcentaje de alumnas y alumnos que declaran estar satisfechos con la EIS recibida en el último año en su centro educativo	Sexo
	1120a Porcentaje de adolescentes y jóvenes con habilidades personales adecuadas y confianza para hacer valer sus derechos y expresar sus decisiones sobre su SDRS	Sexo Grupo etario
	1120b Porcentaje de adolescentes y jóvenes con conocimientos prácticos adecuados sobre SDRS, VSBG y servicios relacionados	Sexo Grupo etario
	1120c Porcentaje de adolescentes y jóvenes que perciben a las mujeres/niñas como iguales a los hombres/niños	Sexo Grupo etario
	1130a Porcentaje de integrantes de la familia y de la comunidad con una actitud positiva y conocimientos prácticos adecuados para apoyar y promover los SDRS de AMJ	Sexo
	1130b Porcentaje de integrantes de la familia y de la comunidad que perciben a las mujeres/niñas como iguales a los hombres/niños	Sexo
	1130c Número de denuncias y acciones comunitarias contra de violaciones de derechos a las AJM recibidas y remitidas por parte de mecanismos comunitarios	N/A
	1220a Calificación promedio de la disponibilidad, calidad, inclusividad, sensibilidad al género y a la edad del entorno físico y recursos en los establecimientos de salud focalizados	N/A
	1230b Nivel de funcionalidad del sistema SVEC en las comunidades focalizadas	N/A

Es importante resaltar que la mayoría de los indicadores evaluados en la línea de base son de naturaleza compuesta. Esto significa que se obtienen a partir del cálculo de una serie de variables relacionadas, empleando un sistema de puntajes, ponderaciones y umbrales de corte. En consecuencia, este informe presenta de manera detallada tanto los resultados individuales de las dimensiones como los resultados globales del indicador calculado.

1.4.2 Alcance de grupos poblacionales

La consultoría se enmarcó en el desarrollo integral de diversos grupos poblacionales, entre ellos los que se detallan a continuación:

Tabla 3 Alcance de grupos poblaciones

Nº	Actor proyecto "REACH"
1	Adolescentes mujeres y hombres escolarizadas/os (12-18 años)
2	Adolescentes mujeres y hombres no escolarizadas/os (12-18 años)
3	Jóvenes mujeres y hombres (19-28 años)
4	Miembros de la Familia y la Comunidad
5	Personal de salud
6	Profesoras y profesores de secundaria
7	Líderes comunitarios
8	Personal de servicios de protección
9	Funcionarios públicos de instancias relacionadas con la temática a nivel local

1.4.2. Alcance geográfico

El alcance geográfico de la consultoría estuvo establecido por la muestra representativa del universo del proyecto que se establecerá a partir de los siguientes parámetros geográficos:

Tabla 4 Alcance geográfico de la consultoría

Departamento	Municipios	Comunidades cabecera de municipio	Comunidades rurales	Comunidades de Control
Chuquisaca	Villa Serrano	1	4	2
	Tomina	1	4	2
Cochabamba	Aiquile	1	4	2
Santa Cruz	El Torno	1	5	2
	Porongo	1	5	2
	Dó Barrios Periurbanos		2	1
Tarija	Padcaya	1	5	2
	El Puente	1	4	2
Total		7	33	15

1.4.4 Alcance temporal

La consultoría inició el 13 de septiembre de 2024, con un periodo inicialmente establecido de 144 días calendario. No obstante, el diseño y la posterior aprobación de las herramientas requirieron aproximadamente 45 días. Estas herramientas fueron remitidas al Comité de Ética de Plan International, que otorgó su aprobación el 10 de diciembre de 2024.

Dado el tiempo necesario para planificar el ingreso a campo y coordinar con los actores comunitarios, se firmó una adenda que extendió la duración de la consultoría hasta marzo de 2025. Sin embargo, factores como la coyuntura social, escasez de combustible y las celebraciones comunales por fin de año llevaron a tomar una decisión conjunta: implementar una metodología de recolección de información ampliada. Esta metodología consistió en el despliegue de equipos paralelos con un mayor número de encuestadores, lo que permitió identificar a los participantes que cumplían con los criterios de selección establecidos y aplicar los instrumentos in situ respetando los parámetros definidos inicialmente.

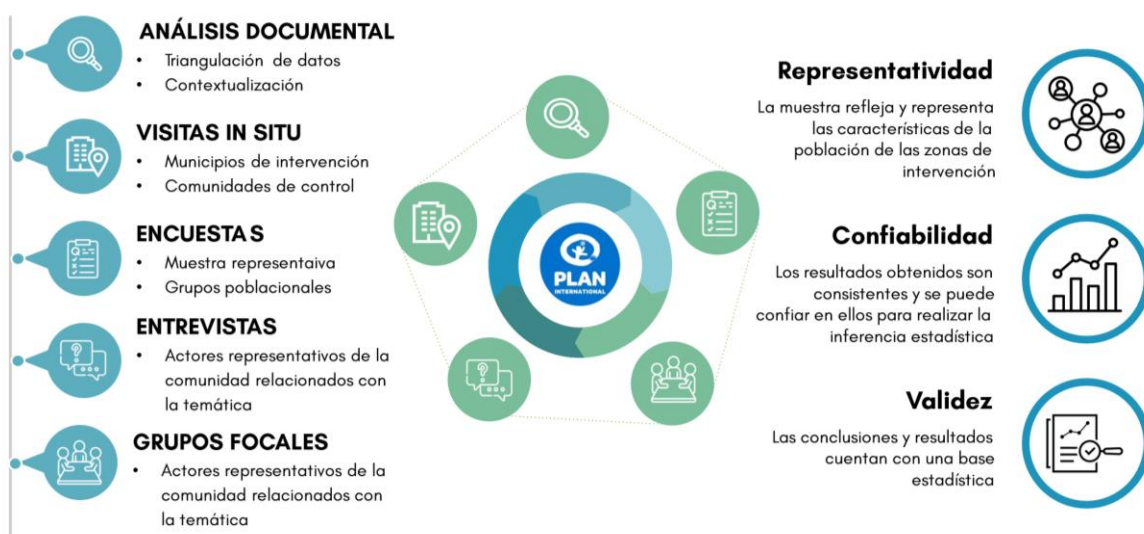
PARTE II- METODOLOGÍA

En el marco de la consultoría, se realizó un trabajo coordinado con el equipo técnico consultor y el equipo de Plan International. El trabajo en campo se centró en la recolección de evidencias y percepciones relacionadas con la situación inicial de proyecto.

Se aplicó la **Metodología de Análisis Estadístico Integral**, que combina técnicas cualitativas y cuantitativas, permitiendo un enfoque inclusivo y equitativo en la recopilación de datos. Este enfoque asegura la consideración de cada actor clave en el desarrollo del proyecto, respetando y valorando sus características y perspectivas individuales y colectivas de acuerdo con su representatividad. La inclusión y accesibilidad fueron principios fundamentales de esta metodología.

Ilustración 3 Esquema metodología aplicada

METODOLOGÍA MIXTA INTEGRATIVA



Fuente: Elaboración propia, ReinventaRSE 2024

De manera transversal, se integró un enfoque de género para garantizar la protección de los derechos de los participantes, priorizando su bienestar y dignidad. En este marco, el equipo consultor aplicó la Política Global para la Protección de Niñas, Niños, Adolescentes y Jóvenes, utilizando instrumentos de recolección de datos validados que fomentaron una participación adecuada, segura y no discriminatoria. Asimismo, se prestó especial atención a las necesidades de grupos vulnerables, incluyendo niñas, niños y adolescentes, personas con discapacidad, entre otras características individuales.

La consultoría de la línea base se desarrolló en cuatro etapas clave:

- **Etapla previa a la recolección de datos:** incluyó la elaboración, revisión y aprobación de herramientas, la capacitación del equipo consultor y una prueba piloto.
- **Etapla de ejecución y recolección de datos:** se coordinó el trabajo de campo desplegando tres equipos simultáneos.
- **Etapla posterior:** abarcó la limpieza de datos, codificación, digitación y análisis de los datos recolectados.
- **Etapla final,** enfocada en la presentación de los resultados obtenidos.

Durante cada etapa, se analizó información proveniente de tres principales fuentes (secundaria, primaria y observación directa), lo que permitió la triangulación de datos para garantizar su fiabilidad, pertinencia y calidad.

Cada herramienta fue revisada y aprobada por el equipo técnico de Plan Internacional Bolivia, Plan Internacional Canadá y CIES, como por el Comité de Ética de Plan International. Además, fueron validadas durante la prueba piloto en el municipio de Aiquile.

2.1 Etapla previa a la recolección de datos

En esta etapa, se llevó a cabo un proceso de comunicación y coordinación estrecha entre el equipo de Plan International, las y los Técnicos de Operación del Proyecto REACH, de Santa Cruz, Tarija y Chuquisaca Cochabamba, y el equipo consultor. Este trabajo permitió organizar la agenda de ingreso a campo en las diferentes regiones, municipios, comunidades y barrios de intervención. La coordinación no se limitó a la etapa previa, sino que incluyó un acompañamiento continuo por parte de las y los Técnicos Operativos de Programas de Plan International (TOP).

Asimismo, se diseñaron los instrumentos de recolección de información, adaptándolos específicamente para cada grupo etario. Entre los instrumentos elaborados se incluyen:

- **Cuestionario para miembros de la familia y de la comunidad (REACH-CFC-10)**
Este instrumento consta de 51 ítems distribuidos en cinco secciones temáticas. Las primeras 11 preguntas recopilan datos generales del participante. De los ítems totales, 14 son de respuesta abierta, 3 son dicotómicas y 34 politómicas. (Anexo 11)
- **Cuestionario para Adolescentes y Jóvenes de 12-14 años (REACH-CAJ06-G1)**
Compuesto por 54 ítems organizados en seis secciones temáticas. Las primeras 10 preguntas están destinadas a obtener información general del participante. Incluye 7 ítems de respuesta abierta, 4 dicotómicas y 40 politómicas. (Anexo 13).
- **Cuestionario para Adolescentes y Jóvenes de 15-28 años (REACH-CAJ06-G2)**
Este instrumento contiene 59 ítems en cinco secciones temáticas. Las primeras 10 preguntas están destinadas a obtener datos generales del participante. Incluye 7 ítems de respuesta abierta, 4 dicotómicas y 48 politómicas. (Anexo 14)

- **Ficha de evaluación para servicios de salud (REACH-FESS-05)**

Consta de 48 ítems divididos en dos secciones temáticas. Las primeras tres preguntas recopilan datos generales del servicio de salud. Incluye 12 ítems de respuesta abierta y 33 politómicas. (Anexo 12).

- **Cuestionario para representantes de centros educativos (REACH-CCE-08)**

Este instrumento cuenta con 22 ítems distribuidos en cinco secciones temáticas. Las primeras tres preguntas están dirigidas a obtener datos generales del representante del centro educativo. De los ítems totales, 12 son de respuesta abierta y 7 politómica (Anexo 15).

Además, se desarrollaron tres guías para desarrollar entrevistas semiestructuradas dirigidas a los actores clave identificados: sector público, sector educativo, sector salud, líderes comunitarios. También se elaboraron una guía para el análisis documental, una guía de observación para servicios de salud y la guía metodológica de los Grupos Focales.

2.1.1 Desarrollo de la prueba piloto

La prueba piloto de los instrumentos se llevó a cabo el **25 de noviembre de 2024** en el municipio de **Aiquile**, durante toda la jornada, desde las **08:00 hasta las 18:00**. Este proceso contó con el acompañamiento de la **Técnica de Operación de Proyecto de Plan International (TOP) de Sucre-Cochabamba** y tuvo como objetivo evaluar la funcionalidad y comprensión de los instrumentos cuantitativos antes de su aplicación en el operativo de campo.

Para la implementación de la prueba piloto, se siguió el siguiente procedimiento

1. Segmentación del área geográfica en el Centro Poblado.
2. Perfil de el/la persona participante
3. Explicación e información para el/la participante voluntaria de la prueba piloto
4. Firma de consentimiento informado, garantizando la participación libre y voluntaria de todas las personas involucradas y en cumplimiento con las políticas de Salvaguarda.

En total, participaron **30 persona**, distribuidas equitativamente para la validar los **tres instrumentos cuantitativos**, asignando **10 participantes a cada uno**. En cuanto a la composición por género, el **60% de las personas participantes fueron mujeres y el 40% hombres**. La prueba piloto se realizó de manera ampliada, aplicando las herramientas individualmente y siguiendo los protocolos establecidos, sin concentración colectiva de los participantes.

Los grupos fueron distribuidos de forma representativa, con la siguiente segmentación:

- **33.33%** de padres de familia y miembros de la comunidad.
- **33.33%** de adolescentes y jóvenes de **12 a 14 años**.
- **33.33%** de adolescentes y jóvenes de **15 a 28 años**.

Esta fase permitió identificar ajustes necesarios en los instrumentos, asegurando su efectividad y pertinencia para la recopilación de datos en el marco del **Proyecto REACH**. Los ajustes realizados incluyeron la simplificación del lenguaje de ciertas preguntas y palabras que permitieran a los encuestadores comunicar de manera sencilla la pregunta para obtener respuestas concretas.

2.1.1.1 Resultados obtenidos de la prueba piloto

Con base en los datos obtenidos, se realizaron análisis de homogeneidad y consistencia interna de los instrumentos aplicados a los tres grupos de participantes: **Padres, Madres y Cuidadores, Adolescentes y Jóvenes de 12 a 14 años, y Adolescentes y Jóvenes de 15 a 28 años**. Para ello, se utilizaron pruebas estadísticas como la correlación ítem-total, el coeficiente de Kuder-Richardson (para preguntas dicotómicas) y el coeficiente Alfa de Cronbach (para preguntas politómicas), para evaluar la estabilidad y fiabilidad de los instrumentos.

En el caso de los cuestionarios específicos:

☐ **Cuestionario para miembros de la familia y la comunidad**

En cuanto a las preguntas dicotómicas se obtuvo una confiabilidad superior al 70% (91,3% en el test y 92,8% en el re-test), con una variabilidad de 1,5% que se encuentra por debajo del margen de error del 5%. Los resultados para las preguntas politómicas, evaluadas con el coeficiente de Alfa de Cronbach, reflejó una confiabilidad superior al 70%, con valores de 90,1% en el test y 93,4% en el re-test. La variabilidad entre mediciones fue de 3,3%, también por debajo del margen de error del 5%.

☐ **Cuestionario para Adolescentes y Jóvenes de 12 a 14 años**

En cuanto a las preguntas dicotómicas se obtuvo una confiabilidad superior al 70% (88,3% en el test y 90,1% en el re-test), con una variabilidad de 1,8% que se encuentra por debajo del margen de error del 5%. Los resultados para las preguntas politómicas, evaluadas con el coeficiente de Alfa de Cronbach, reflejó una confiabilidad superior al 70%, con valores de 85,7% en el test y 87,4% en el re-test. La variabilidad entre mediciones fue de 1,7%, también por debajo del margen de error del 5%.

La confiabilidad del instrumento supera el 80% en ambas mediciones, con un **margen de error promedio de 1,75%**, lo que lo hace válido y confiable para su aplicación en la línea base del **Proyecto REACH**.

☐ **Cuestionario para Adolescentes y Jóvenes de 15 a 28 años**

En cuanto a las preguntas dicotómicas se obtuvo una confiabilidad superior al 70% (91,2% en el test y 92,8% en el re-test), con una variabilidad de 1,6% que se encuentra por debajo del margen de error del 5%. Los resultados para las preguntas politómicas, evaluadas con el coeficiente de Alfa de Cronbach, reflejó una confiabilidad superior al 70%, con valores de 88,9% en el test y 90,3% en el re-test. La variabilidad entre mediciones fue de 1,4%, también por debajo del margen de error del 5%.

La confiabilidad del instrumento supera el 90% en ambas mediciones, con un **margen de error promedio de 1,5%**, lo que lo hace válido y confiable para su aplicación en la línea base del **Proyecto REACH**.

Los resultados obtenidos en la prueba piloto de los instrumentos de recolección de datos reflejan un **alto nivel de confiabilidad y estabilidad** en las respuestas de los tres grupos de participantes: padres, madres y cuidadores; adolescentes y jóvenes de 12 a 14 años; y adolescentes y jóvenes de 15 a 28 años. Con coeficientes de confiabilidad superiores al **85% en todas las mediciones**, tanto en preguntas dicotómicas como politómicas, los instrumentos han demostrado ser válidos y adecuados para su aplicación en la línea base del **Proyecto REACH**. Asimismo, la **baja variabilidad** entre la prueba inicial y su repetición (con diferencias menores al 2.5%) refuerza la precisión de los datos obtenidos, garantizando su representatividad en el contexto de intervención.

Además, el **margen de error promedio entre 1.4% y 1.8%**, considerablemente inferior al límite del 5% permitido, confirma la **calidad y fiabilidad** de los instrumentos, permitiendo su uso para medir de manera precisa los conocimientos, percepciones y actitudes de la población objetivo en relación con su salud y derechos sexuales y reproductivos. Estos hallazgos validan la metodología empleada y aseguran que la información recopilada servirá como una base sólida para la evaluación del impacto del proyecto, facilitando la toma de decisiones fundamentadas y la implementación de estrategias efectivas en las comunidades participantes.

Desde un enfoque cualitativo, se identificaron percepciones y reacciones de los participantes que contribuyeron a la optimización de los instrumentos. Entre los aspectos desatacados:

- Algunos adultos percibieron inicialmente los cuestionarios como complejos debido a su extensión y número de opciones de respuesta. Sin embargo, al explicarles que los encuestadores guiarían el proceso, su disposición para participar mejoró significativamente.
- Las adaptaciones lingüísticas realizadas en el cuestionario dirigido a adolescentes y jóvenes facilitaron la comprensión y promovieron respuestas espontáneas y precisas, confirmando la relevancia de ajustar el lenguaje según el grupo etario.
- Temáticas relacionadas con derechos sexuales y reproductivos generaron incomodidad en ciertos participantes, especialmente adultos y adolescentes más jóvenes, evidenciando la necesidad de un abordaje sensible y respetuoso.

Estos hallazgos subrayan la importancia de capacitar al equipo encuestador en técnicas de acompañamiento y estrategias para proporcionar un ambiente de confianza, asegurando que las personas participantes se sientan cómodas al compartir sus opiniones y experiencias.

2.1.2 Capacitación sobre las herramientas y los protocolos de protección

Siguiendo las políticas de Plan International y con el objetivo de garantizar la calidad y confiabilidad de la información recopilada, se desarrolló un proceso estructurado de capacitación para el equipo de encuestadores. En la gestión 2024, se realizó una capacitación inicial de manera presencial en las oficinas de Plan International en La Paz, Chuquisaca y Tarija. Durante estas sesiones, se abordaron aspectos clave como la aplicación de los instrumentos, las técnicas de entrevista y los protocolos éticos en la recolección de datos.

Posteriormente, tras la ejecución de la prueba piloto y la aprobación del Comité de Ética en la gestión 2025, se identificó la necesidad de reforzar el equipo con personal adicional que sería desplegado en campo. Para este nuevo grupo se solicitó y organizó una capacitación específica, que se impartió de forma online, asegurando que estuvieran preparados para cumplir con los estándares requeridos.

Tabla 5 Fecha de capacitación equipo consultor en Políticas de Salvaguarda

Capacitación presencial La Paz	25 de septiembre 2024
Capacitación presencial Tarija	25 de octubre 2024
Capacitación presencial Sucre	29 de octubre 2024
Capacitación online	10 enero 2025

Ilustración 4 Captura de pantalla del contenido y participación en la capacitación



De manera interna, y antes del ingreso a campo, se llevaron a cabo dos sesiones formativas con los tres equipos conformados. La primera sesión se enfocó en profundizar en el manejo de los instrumentos de recolección de datos, las técnicas de entrevista, la gestión de situaciones en terreno y la ética en la investigación. También se realizaron simulacros en diferentes escenarios con el fin de preparar a los encuestadores frente a las posibles dinámicas y desafíos que podrían presentarse en los municipios y comunidades seleccionadas. Este enfoque permitió asegurar que cada encuestador estuviera plenamente capacitado para aplicar los cuestionarios de manera uniforme y profesional, garantizando la integridad del relevamiento de información.

La segunda sesión estuvo orientada a reforzar el compromiso con las políticas de protección y salvaguarda, asegurando que todos los miembros del equipo no solo comprendieran la normativa y sus responsabilidades. Además, se les capacitó para identificar situaciones de riesgo que debían ser reportadas a las oficiales de protección de Plan International. Durante estas sesiones, se enfatizó

la necesidad de mantener un enfoque de cuidado y respeto hacia la población participante, prestando especial atención a posibles señales de vulnerabilidad o riesgo. El equipo fue instruido sobre los canales adecuados para la notificación de incidentes o preocupaciones, asegurando que cualquier situación identificada en campo pueda ser gestionada de manera inmediata y bajo los protocolos establecidos. Este componente formativo refuerza el compromiso con la ética en la investigación, asegurando que la recopilación de datos se realice en un entorno seguro y con un enfoque centrado en la protección de los derechos de las personas participantes.

2.1.2.1 Reporte de situaciones de riesgo identificadas

Como parte del compromiso con las políticas de protección y salvaguarda establecidas por Plan International, durante la fase de ingreso a campo y recolección de información, el equipo de encuestadores y supervisores aplicó de manera rigurosa los protocolos de identificación y reporte de situaciones de riesgo en las comunidades visitadas. Gracias a la capacitación previa recibida, el equipo estuvo preparado para reconocer signos de vulnerabilidad o posibles situaciones que requirieran ser reportadas a las oficiales de protección.

En este contexto, se identificaron y reportaron tres situaciones de riesgo, en las comunidades de Tarabucillo (Tomina) y Centro Poblado de Villa Serrano, en Chuquisaca, y en la comunidad de Panamá, en el municipio de Aiquile en Cochabamba. En cada caso, se siguieron los procedimientos establecidos para la protección de todas las personas, especialmente niñas, niños, adolescentes, jóvenes y mujeres, asegurando que la información fuera canalizada de manera adecuada hacia los actores responsables de su seguimiento y atención.¹

Estas acciones refuerzan la importancia que el equipo otorga a la protección y salvaguarda, permitiendo que, además la recopilación de información para la línea base, se generen alertas tempranas sobre contextos de vulnerabilidad. Asimismo, refuerzan la necesidad de continuar fortaleciendo las estrategias de intervención en las comunidades para garantizar espacios seguros y de apoyo a la población.

2.2 Etapa de ejecución y recolección de datos

La etapa de ejecución y recolección de datos se llevó a cabo siguiendo un proceso de coordinación operativa con los TOP en las distintas regiones, municipios y comunidades de intervención. Como parte de esta planificación, se estableció una agenda previa con actores clave, incluyendo representantes de instituciones educativas, centros de salud y autoridades locales, lo que permitió organizar las visitas a los espacios de relevancia para la investigación.

Uno de los principales ejes del operativo de campo fue la visita a centros educativos y centros de salud, donde se realizaron entrevistas y aplicación de los instrumentos específicos para recopilar información específica de los establecimientos de salud y educación. Estas visitas permitieron recopilar información clave sobre el acceso a servicios de salud, la disponibilidad de educación en salud sexual y reproductiva, así como las barreras existentes para los adolescentes y jóvenes en el ejercicio de sus derechos.

¹ Las situaciones reportadas fueron atendidas de inmediato por los puntos focales de protección de Plan International. Dando cumplimiento con los protocolos internos para este tipo de casos.

Además, se llevó a cabo un proceso de convocatoria y organización de grupos focales. La convocatoria se realizó a través de redes comunitarias, líderes locales y docentes, asegurando la participación de una muestra representativa de la población. Durante las sesiones de grupos focales, se generaron espacios de diálogo estructurados que permitieron profundizar en percepciones, conocimientos y experiencias relacionadas con la temática del estudio.

Es importante resaltar que, debido a los plazos establecidos en la consultoría, el ingreso a campo se realizó antes del inicio del calendario escolar. Esto representó un desafío para convocar a adolescentes y jóvenes en los centros educativos. Para abordar esta dificultad, se implementó una estrategia de recolección ampliada, diseñada para garantizar la representatividad de la información recopilada en los tres grupos objetivo,

La estrategia de recolección ampliada consistió en la aplicación individual de los cuestionarios a la población meta en los centros poblados y comunidades, sin depender de convocatorias ni concentraciones previas en lugares específicos o instituciones. Este enfoque aseguró **el cumplimiento de los protocolos establecidos, respetando las características requeridas de la población participante**. Gracias a esta adaptación metodológica, fue posible cumplir con los requerimientos de la línea base sin comprometer la calidad ni la cobertura de la recolección de datos. Los resultados obtenidos a través de esta estrategia proporcionaron información consistente y útil para la evaluación del Proyecto REACH.

El ingreso a campo se realizó del 20 de enero al 4 de febrero, distribuidos en tres equipos paralelos de trabajo en los departamentos de Tarija, Chuquisaca y Santa Cruz; y un equipo para Cochabamba.

Tabla 6 Conformación del equipo consultor para el levantamiento de información primaria

Equipo Santa Cruz	Del 20 al 29 Enero	
Alejandra Herbas	Líder de Equipo	TOP Santa Cruz Selina Raldes
Mauricio Vacaflares		
Catalina Lanza		
Equipo Chuquisaca	Del 20 al 27 de Enero	
Nicole Vargas	Líder de Equipo	TOP Chuquisaca Ana María Hinojosa Educador CIES Edson Cayo
Alberto Caballero		
Victoria Vargas		
Equipo Tarija	Del 20 al 27 de Enero	
Adriana Benitez	Líder de Equipo	TOP Tarija Pablo Berrios Educadora CIES Neiza Gonzales
Miriam Ramirez		
Equipo Cochabamba	Del 3 al 4 de Febrero	
Adriana Benitez	Líder de Equipo	TOP Chuquisaca Ana María Hinojosa Educador CIES Iván
Ricardo Rodriguez		
Pablo Arce		
Catalina Lanza		

2.2.1 Supervisión del relevamiento de información

Como parte de los estándares de calidad establecidos, se contó con tres supervisores internos en terreno, quienes acompañaron y guiaron el relevamiento de datos en las diferentes regiones. Su trabajo garantizó que la recolección de información se llevara a cabo bajo los criterios previamente definidos, reforzando el cumplimiento de los protocolos establecidos durante toda la fase de campo. Además, el proceso de recolección de información fue acompañado por los TOP y educadores de CIES en la mayoría de los municipios y ciertas comunidades, asegurando una coordinación efectiva y una ejecución uniforme de las actividades.

2.2.2 Obtención de consentimientos informados

El proceso de obtención de consentimientos informados se llevó a cabo bajo los siguientes lineamientos:

- **Consentimiento Informado para Entrevistas:** En las **74 entrevistas** realizadas con representantes del sector público, centros educativos, autoridades comunitarias y servicios de salud, se aplicó el siguiente procedimiento:
 - **Explicación detallada del propósito del estudio**, asegurando que cada participante comprendiera la finalidad de la información recopilada y su uso en la construcción de la línea base.
 - **Garantía de confidencialidad**, aclarando que sus respuestas serían anónimas y utilizadas exclusivamente para fines investigativos.
 - **Firma del consentimiento informado**, en el cual se detallaban los derechos del participante, incluyendo la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias.
- **Consentimiento Informado para la aplicación de Cuestionarios:** Para el levantamiento de 494 cuestionarios dirigidos a padres, madres y cuidadores, adolescentes y jóvenes de 12 a 14 años y adolescentes y jóvenes de 15 a 28 años, requirió la implementación de estrategias diferenciadas para cada grupo:
 - **Para mayores de edad (18 a 28 años):**
 - Firma del consentimiento informado previo a la aplicación del cuestionario.
 - Explicación detallada del estudio y sus objetivos.
 - Garantía de confidencialidad y derecho a retirarse en cualquier momento.
 - **Para menores de edad (12 a 17 años):**
 - Obtención de **doble consentimiento**: uno del participante y otro de su padre, madre o tutor.
 - En casos donde los padres o tutores no estuvieran presentes, se ofreció el acompañamiento hasta el lugar donde se encontraba el adulto responsable o se reprogramó la aplicación del cuestionario.

$$\hat{\mu} = \hat{\mu}_{UMS} = \frac{\sum_{i=1}^n \tau_i}{\sum_{i=1}^n M_i} = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^{M_i} Y_{ij}}{\sum_{i=1}^n M_i}$$

El error estándar de la media de la variable en UMS $S_{\mu UMS} = \sqrt{S_{\mu UMS}^2} = \sqrt{\hat{V} \hat{\mu}_{UMS}} = \left(\frac{1}{M^2}\right) \left(\frac{N-n}{N}\right)$

El error de muestreo o estimación de la media de la variable en UMS está dado por $\tau_{n-1; \alpha/2} S \hat{\mu}_{UMS}$ donde $\tau_{n-1; \alpha/2}$ asume el valor de la variable de T-student con n-1 grados de libertad y $\alpha/2$ nivel de probabilidad. Adicionalmente se aplicará un Factor de Diseño (DEFF) como indicador de eficiencia aplicando $DEFF = 1 + \delta(n-1)$

Donde:

δ = es la correlación interclase para el estadístico.

n = es el tamaño medio del conglomerado

Con tales consideraciones, el tamaño de **muestra total requerida son 494 encuestas**, la distribución por conglomerado y elementos muestrales se detallan a continuación:

Tabla 8 Distribución muestral para la LB del Proyecto REACH

N	Departamento	Municipio	Proporción Municipal	Comunidad	Proporción comunidad	Muestra Comunidad	Proporción Objetivo 1	Proporción P. Objetivo 2 15-28 años	Proporción Otros grupos	Total Muestra Municipio
							12-14 años		Mayor 29 años	
1	Chuquisaca	Villa Serrano	9,9%	Villa Serrano	46,9%	23	11	6	6	49
2				Mendoza	32,7%	16	4	6	6	
3				Piedra Grande	20,4%	10	3	4	3	
4		Tomina	9,9%	Tomina	38,8%	19	7	6	6	49
5				Tarabuquillo	38,8%	19	7	6	6	
6				Arquillos	22,4%	11	4	4	3	
7	Cochabamba	Aiquile	15,6%	Aiquile	40,8%	31	11	9	11	77
8				Villa Granado	40,0%	29	10	10	9	
9				Novillero	22,4%	17	6	6	5	
10	Santa Cruz	El Torno	15,8%	Puerto Rico	40,0%	31	11	11	9	78
11				Jorochito	40,0%	30	11	10	9	
12				El Torno Amp	15,2%	17	6	6	5	
13		Porongo	9,9%	Pozo Colorado	40,0%	20	7	7	6	49
14				Terebinto	40,0%	19	7	6	6	
15				Porongo Amp	20,4%	10	4	4	2	
16	Dist. 6 – Santa Cruz	15,8%	SCZ – D6 (3 barrios)	40,0%	60	22	22	16	78	
18			B. Los Pinos N	51,4%	18	7	6	5		
19	Tarija	Padcaya	11,5%	B. Central Padcaya	40,0%	23	8	8	7	57
20				Rosillas	40,0%	23	8	8	7	
21				Rumicancha	14,7%	11	4	4	3	
22		El Puente	11,5%	El Puente	40,0%	23	8	8	7	57
23				Iscayachi	40,0%	23	8	8	7	
24				Carrizal	22,4%	11	4	4	3	
Totales					100%	494	178	169	147	494

Nota: Las filas remarcadas pertenecen a comunidades de control

El área geográfica que fue cubierta para la obtención de información fue la siguiente:

Tabla 9 Áreas geográficas cubiertas para la elaboración de la LB del Proyecto REACH

PIA	Departamento	Municipio	Comunidades	Comunidad de Control
Santa Cruz	Santa Cruz	El Torno, Porongo y Distrito 6 - Santa Cruz de la Sierra	Puerto Rico, Jorochito, El Torno, Pozo Colorado, Terebinto, Porongo, D6 (Cusi, Santa Lucia, San Cayetano)	El Torno (C. poblado) Porongo (C. poblado) B. Los Pinos Norte
Tarija	Tarija	Padcaya, El Puente	Padcaya, Rosillas, El Puente, Iscayachi,	Rumicancha Carrizal
Sucre	Chuquisaca	Villa Serrano, Tomina	Villa Serrano, Mendoza, Sipotendi, Tomina, Tarabuquillo	Piedra Grandes Arquillos
	Cochabamba	Aiquile	Aiquile, Villa Granado	Novillero

Los resultados obtenidos en la etapa de recolección de datos evidencian un cumplimiento satisfactorio de los objetivos planteados, alcanzando e incluso superando las metas planificadas en el caso de entrevistas aplicadas. Se han completado 74 entrevistas con diversos actores clave, incluyendo representantes del sector público, centros educativos, autoridades comunitarias y servicios de salud. Asimismo, se han aplicado 41 cuestionarios en centros educativos y se han llevado a cabo 4 grupos focales con los grupos objetivo. Además, se han completado 26 fichas de observación en servicios de salud, proporcionando información relevante sobre las condiciones y accesibilidad de estos espacios.

Tabla 10 Instrumentos aplicados y alcance obtenido para la construcción de la LB del Proyecto REACH

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	CANTIDAD OBTENIDA	PLANIFICADO	TOTAL OBTENIDO
Guías de observación Servicios de Salud	16 fichas de observación completadas	16 Fichas	16 Fichas
Fichas de Evaluación Servicios e Salud	22 entrevistas a representantes de servicios de salud	60 Entrevistas	74 Entrevistas
Entrevistas Sector Público	15 entrevistas aplicadas a representantes del sector público		
Entrevistas Representantes Centros Educativos	22 entrevistas a representantes de Centros Educativos.		
Entrevistas Autoridades comunitarias	15 entrevistas a representantes comunitarios		
Cuestionarios para Centros Educativos	26 cuestionarios aplicados en Centros Educativos	No establecido	26 Cuestionarios
Grupos focales	4 grupos focales	4 Grupos focales	4 Grupos focales

2.2.4 Medidas aplicadas en relación con la Matriz de Riesgos

Con el propósito de garantizar la protección y seguridad de niñas, niños, adolescentes y jóvenes (NNAJ) durante la recolección de información, se implementaron medidas de mitigación alineadas con la Matriz de Riesgos establecida en el marco del Proyecto REACH. Estas acciones estuvieron orientadas a minimizar cualquier posible vulnerabilidad en la participación de los informantes, asegurando el cumplimiento de los protocolos de confidencialidad, firma de consentimientos informados y la presencia de personal capacitado en políticas de salvaguarda en todas las actividades de campo.

- **Sobre el diseño de los instrumentos de recolección**

Como parte de estas medidas, durante el diseño de los instrumentos de recolección de datos, se tuvo especial cuidado en la formulación de preguntas que respetaran la sensibilidad, emociones y privacidad de los participantes. Se garantizó que las medidas de mitigación detalladas en la Matriz de Riesgos fueran implementadas con éxito, lo que permitió validar los instrumentos antes de su aplicación. Este proceso incluyó la retroalimentación del equipo técnico de Plan International Bolivia, Plan International Canadá y CIES, posteriormente los instrumentos fueron revisados y aprobados por el Comité de Ética de Plan International. Estos instrumentos fueron también validados por los participantes de la prueba piloto, asegurando que las herramientas utilizadas no generaran incomodidad ni afectaciones a la privacidad de los encuestados.

Como resultado, se logró desarrollar instrumentos validados, diseñados bajo criterios éticos que priorizan el bienestar de los participantes. Asimismo, se reforzó la capacitación del equipo de campo, asegurando que los encuestadores estuvieran preparados para resolver dudas, manejar situaciones sensibles y aplicar los instrumentos de manera ética y respetuosa. La implementación rigurosa de estas medidas contribuyó a la creación de un ambiente de confianza, promoviendo la participación segura y voluntaria de los informantes en el proceso de construcción de la línea base.

- **Sobre el Riesgo de Demora en la aprobación de matrices y formularios**

Otro desafío enfrentado en la ejecución del operativo de campo fue la demora en la aprobación de los instrumentos de recolección por los equipos de Plan International Bolivia, Plan International Canadá y CIES. El proceso de elaboración, retroalimentación, ajuste y aprobación de las herramientas inició el 24/09/24 y concluyó el 11/11/24 cuantificando 35 días laborales. Posteriormente las herramientas fueron remitidas al Comité de Ética para su aprobación y con ello contar con la autorización de ingreso a campo, lo que postergó el inicio de la recolección de datos hasta la gestión 2025, cuando las actividades escolares en las unidades educativas ya habían concluido. Esta situación representó un reto significativo, ya que la ausencia de estudiantes en los centros educativos limitaba la posibilidad de aplicar los instrumentos en el entorno planificado.

Para mitigar este riesgo y asegurar la representatividad de la muestra, se implementaron estrategias adaptativas, entre ellas el refuerzo de los equipos de campo, permitiendo una mayor cobertura en el menor tiempo posible. Se desplegaron equipos paralelos, lo que facilitó una recolección

ampliada, enfocada en la búsqueda activa de participantes que cumplieran con las características establecidas en los parámetros definidos para la población objetivo. Esta estrategia permitió identificar y contactar a adolescentes, jóvenes, padres y cuidadores en espacios comunitarios alternativos, garantizando la aplicación de los instrumentos de acuerdo con los protocolos metodológicos y éticos establecidos.

Si bien esta situación representó un desafío logístico y operativo, fue superada gracias a la experiencia y robustez del equipo de trabajo, cuya capacidad de adaptación y eficiencia en la recolección de datos permitieron alcanzar los objetivos de la consultoría. La implementación de estas medidas aseguró que la línea base del Proyecto REACH contara con información confiable, representativa y de calidad, a pesar de las dificultades surgidas durante el proceso de ingreso a campo.

- **Sobre el Riesgo en la Obtención de Consentimientos Informados**

El riesgo asociado a la obtención de consentimientos informados, específicamente en casos donde adolescentes y jóvenes menores de 18 años manifestaban su interés en participar pero no contaban con la autorización de su padre, madre o tutor, no representó una barrera significativa en el proceso de recolección de datos. Esto se debió a la estrategia de recolección ampliada, la cual permitió cumplir con los protocolos establecidos para garantizar la participación voluntaria y ética de los encuestados.

Siguiendo los procedimientos definidos, en cada caso se realizó una consulta inicial sobre la disposición voluntaria del adolescente o joven para participar, acompañada de una explicación detallada sobre el propósito y el proceso de recolección de información. Cuando se trataba de menores de edad, se procedía a solicitar el consentimiento del padre, madre o tutor, asegurando así el cumplimiento de las normativas de protección y salvaguarda.

En aquellos casos en los que el menor no se encontraba acompañado por un adulto que pudiera autorizar su participación, se ofrecieron alternativas para facilitar la obtención del consentimiento informado. Estas incluyeron:

- **Acompañamiento del encuestador al lugar donde se encontraba el padre, madre o tutor** para gestionar la firma del consentimiento.
- **Regresar al lugar de aplicación del instrumento**, coordinando un nuevo horario en el que un adulto responsable pudiera estar presente para otorgar la autorización.

Gracias a la aplicación rigurosa de estos procedimientos, en todos los casos se cumplió con los protocolos establecidos, contando con la totalidad de los consentimientos informados debidamente completados y firmados. Si bien este proceso implicó un mayor tiempo en la recolección de la muestra, la estrategia de asignación de al menos dos encuestadores por cada punto de recolección permitió agilizar el procedimiento, cumplir con las metas establecidas y garantizar la aplicación ética y segura de los instrumentos en el marco del Proyecto REACH.

Durante el proceso de recolección de datos en campo, se presentaron desafíos operativos adicionales que requirieron la aplicación de estrategias adaptativas para garantizar el

cumplimiento de las metas establecidas. A continuación, se describen dos riesgos significativos enfrentados y las medidas implementadas para mitigar su impacto.

- **Comunidades con menor concentración poblacional**

Uno de los principales retos fue la baja concentración de población en algunas comunidades debido a que la recolección de datos se realizó en período de vacaciones escolares. Esta situación ocasionó dificultades en la localización de estudiantes, docentes y directores en las zonas originalmente planificadas para la aplicación de los instrumentos, representando un esfuerzo adicional para cumplir con los objetivos de cobertura en cada municipio.

Para mitigar este riesgo, se implementaron las siguientes acciones:

- Ampliación de los horarios de búsqueda de participantes en las comunidades, permitiendo acceder a adolescentes, jóvenes y cuidadores en distintos momentos del día, consultando casa por casa.
- Reagenda de entrevistas con docentes y directores en las ciudades capitales, donde se encontraban durante el período vacacional, asegurando su participación en la investigación sin comprometer la calidad de los datos obtenidos.

Gracias a estas estrategias, fue posible alcanzar los objetivos de recolección de datos sin comprometer la representatividad de la muestra, optimizando los recursos disponibles y garantizando la participación efectiva de los actores clave en el estudio.

- **Limitaciones en el Transporte y la Logística**

Otro desafío operativo fue la frecuencia reducida y horarios limitados del transporte público en algunas zonas rurales, lo que pudo haber ralentizado el desarrollo de las actividades dentro del cronograma planificado. Para mitigar este riesgo, se dispuso de vehículos propios de la empresa consultora, los cuales fueron asignados estratégicamente a los equipos de recolección de datos que enfrentaban mayores dificultades de acceso.

Sin embargo, un factor adicional que representó un reto fue la escasez de combustible a nivel nacional, lo que restringió la disponibilidad de los vehículos y generó largos tiempos de espera en estaciones de servicio para el abastecimiento. Para contrarrestar este riesgo, se gestionaron cartas especiales de autorización, que permitieron a los equipos portar galones de gasolina en los vehículos para abastecimiento interno, asegurando la movilidad continua del personal en campo.

Estas medidas permitieron mantener el ritmo de trabajo planificado y minimizar interrupciones en la recolección de datos, asegurando que los equipos de campo pudieran desplazarse de manera eficiente a todas las comunidades y completar la aplicación de los instrumentos dentro de los plazos establecidos.

2.3 Etapa posterior

Esta etapa considera todo el trabajo de gabinete que se inició de manera paralela al relevamiento de información el cual incluye:

2.3.1 Codificación de los cuestionarios

Como parte de los estándares de calidad establecidos, se estableció la siguiente codificación:

Tabla 11 Codificación utilizada para los consentimientos informados y cuestionarios

Departamento	Código	Municipio	Código
Santa Cruz		El Torno	01
		Porongo	02
		Santa Cruz	03
Cochabamba	CBBA	Aiquile	04
Chuquisaca	CH	Tomina	05
		Villa Serrano	06
Tarija	TJ	El Puente	07
		Padcaya	08

Por tanto, cada encuesta relevada tendrá un código de identificación que coincidirá con la base de datos, por ejemplo:

CAJ06-G1-CH-05-001 = Cuestionario 1 del proyecto REACH relevado en Chuquisaca, municipio Tomina a participante del grupo de Adolescentes y Jóvenes de 12-14 años.

2.3.2 Digitación, vaciado de la información y limpieza de datos

Esta etapa implica la digitación de la información obtenida en las encuestas para que la misma se encuentre vaciada en la base de datos creada para la línea de base del proyecto REACH. Posterior a ello, se realizó el análisis individual de las 349 respuestas obtenidas de cada participantes para depurar aquellas encuestas que no cumplan con los criterios de inclusión.

- **Criterios de inclusión:** Encuesta con al menos el 95% de las secciones completada
- **Criterios de exclusión:** Encuesta con más del 5% con datos incompletos, vacíos o sin respuesta y encuestas con ítems de control discordantes.

Una vez depurada la base de datos, se procedió al procesamiento y análisis de la información para la construcción de los indicadores que conforman la línea de base del proyecto.

PARTE III – ANÁLISIS DE CONTEXTO DE LÍNEA BASE

Este capítulo presenta el análisis contextual que sustenta el informe de línea de base para el proyecto “Adolescentes resilientes y empoderadas para el cambio y la acción en SDRS – REACH” desarrollado en cuatro departamentos y ocho municipios de Bolivia. El análisis, enmarcado en un enfoque interseccional y de género, busca comprender las realidades locales en un país marcado por contrastes: entre avances normativos y prácticas arraigadas en el conservadurismo y las desigualdades que persisten. Además, este análisis integra información secundaria oficial y datos primarios recolectados durante las visitas a los municipios y comunidades, lo que permite construir una comprensión más amplia y precisa de los contextos locales y las dinámicas sociales relevantes para el proyecto.

3.1 Análisis de contexto nacional

Bolivia, a pesar de contar con un marco normativo –como la Constitución Política del estado (2009) y la Ley 348 contra la violencia hacia las mujeres– enfrenta desafíos críticos en la implementación de políticas públicas, especialmente para adolescentes y jóvenes. En materia de salud sexual y reproductiva (SSR), solo el 52% de las mujeres en edad reproductiva accede a métodos anticonceptivos modernos, con una brecha significativa entre zonas urbanas (65%) y rurales (38%), donde las comunidades indígenas y adolescentes enfrentan mayor desprotección. (Ministerios de Salud y Deportes, 2022). A esto se suma la estigmatización hacia la anticoncepción de emergencia, particularmente en regiones influenciadas por liderazgos conservadores (UNFPA, 2023).

Según datos del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) del Ministerio de Salud y Deportes, los embarazos adolescentes de 10 a 19 años disminuyeron significativamente en los últimos nueve años: de 82.416 casos en 2015 a 32.600 en 2023, lo que representa una reducción del 60% en términos absolutos (SINS, 2023). Esta tendencia refleja una disminución del índice de embarazo adolescente a nivel municipal, que pasó del 18,07% en 2018 a 14,28% en 2023 (SNIS, 2023). Esta reducción es atribuida a factores como la orientación en salud sexual y reproductiva, el acceso gratuito a métodos anticonceptivos modernos a través del Sistema Único de Salud (SUS), y la promoción de proyectos de vida entre adolescentes.

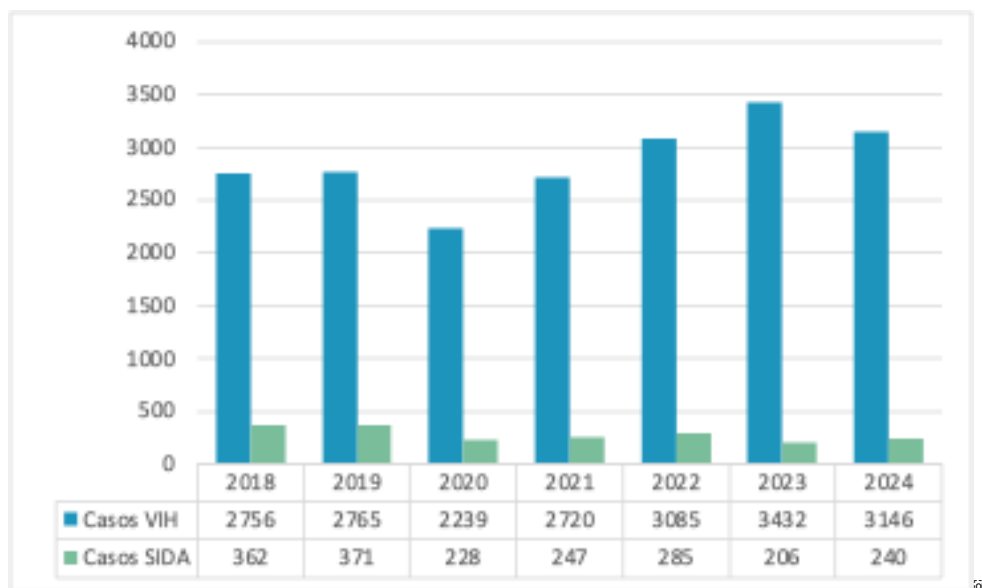
No obstante, persisten retos estructurales. Si bien la cifra de embarazos adolescentes ha descendido, Bolivia aún registra una de las tasas más altas de la región (88 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15-19 años según UNFPA, 2023), con disparidades críticas en departamentos como Santa Cruz y Pando, donde históricamente superaron los 100 casos por 1.000 (INE, 2022).

En el ámbito de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), persisten retos en prevención y atención. En 2024, el Ministerio de Salud mencionó la existencia de 39.952 casos de VIH notificados hasta el 4 de febrero de ese año, siendo que el 40% se registraron en población joven de 20 a 29 años de edad. Según el informe “Evaluación de los Servicios de Tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA”² de la Defensoría del Pueblo de Bolivia (2023), el país enfrenta desafíos críticos en el acceso y la calidad de los servicios de salud para esta población. Aunque Bolivia registró 1.200 nuevos casos de VIH en 2022 (Ministerio de Salud, 2022), persisten barreras estructurales como la escasez intermitente de antirretrovirales (ARV), la falta de personal médico especializado y la

² Informe Defensorial “Evaluación de los servicios de tratamiento a las personas que viven con VIH/SIDA”, 2023. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/evaluación-de-las-personas-que-viven-con-vih-sida.pdf>

concentración de servicios en zonas urbanas, dejando desatendidas a comunidades rurales e indígenas. Además, el informe destaca que grupos vulnerables, como mujeres trans (con una prevalencia del 8%) y personas en situación de pobreza, enfrentan mayor estigmatización y dificultades para acceder a diagnósticos oportunos (Defensoría del pueblo, 2023).

Gráfico 1 Distribución de casos notificados por estado de diagnóstico acumulados por gestión



Fuente: Sistema Informático de Monitoreo y Evaluación, Programa Nacional de ITS, VIH, SIDA y HV³

La Defensoría identifica a la discriminación institucional como un obstáculo grave: el 40% de las personas con VIH/SIDA reporta haber sufrido trato desigual en centros de salud, lo que desincentiva la continuidad del tratamiento. A esto se suma la fragmentación del sistema de salud, donde la cobertura del Sistema de Salud Único (SUS) no garantiza la disponibilidad permanente de ARV en todos los municipios. Por ejemplo, en regiones como El Alto y Potosí, se documentaron interrupciones en la entrega de medicamentos por hasta tres meses, poniendo en riesgo la salud de los pacientes y aumentando la probabilidad de desarrollar resistencia viral (Defensoría del Pueblo, 2023).

La violencia de género profundiza estas vulnerabilidades. Bolivia registra una tasa de 1.7 feminicidios por cada 100.000 mujeres, la tercera más alta de Latinoamérica (CEPAL, 2023), mientras que el 83% de las víctimas de violación son menores de 18 años (Fiscalía General del Estado, 2022). La naturalización de la violencia y la impunidad sistémica –solo el 2% de los casos llega a sentencia– perpetúan un ciclo de desprotección (Comisión de Derechos Humanos, 2021).

3.2 Análisis Contextual Departamento de Santa Cruz

El departamento de Santa Cruz, el más poblado de Bolivia, alberga a 3.115.386 habitantes en 2024, lo que representa el 27,53% de la población nacional. La distribución por sexo es casi equitativa: 49,8% hombres (1.551.403) y 50,2% mujeres (1.563.923). Aunque es el motor económico del país, el

³ Datos disponibles en el Sistema Informático de Monitoreo y Evaluación del Programa Nacional de Enfermedades Infecciosas (SIMONE), disponible en: <http://simone.minsalud.gob.bo>

35% de su población viven en pobreza multidimensional, con marcadas brechas entre zonas urbanas y rurales (INE, 2024).

En materia de salud sexual y reproductiva, Santa Cruz registra la tasa más alta de embarazo adolescente del país: 103 nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15–19 años, superando el promedio nacional de 88/1.000 (UNFPA, 2023). En 2023, se reportaron 9.450 embarazos en adolescentes de 10–19 años, de los cuales el 18% correspondió a menores de 15 años (SNIS, 2024). Este fenómeno se vincula a la falta de Educación Integral en Sexualidad y a la violencia sexual, responsable del 65% de los embarazos en menores de 15 años (Fiscalía Departamental de Santa Cruz, 2023).

Respecto a enfermedades de transmisión sexual (ETS), Santa Cruz concentra el 37,1% de los nuevos casos de VIH en Bolivia, con 1.168 diagnósticos en 2024 (Ministerio de Salud y Deportes, 2024). La sífilis registró 1.200 casos en 2023, un aumento del 25% desde 2020, mientras que el VPH afecta al 21% de mujeres de 15–25 años.

La violencia de género es otro desafío crítico: en 2023, Santa Cruz reportó 32 feminicidios, el 28% del total nacional (Fiscalía General del estado, 2024). El 45% de las denuncias por violencia sexual involucra a menores de 18 años, y el 52% de las mujeres sufrió algún tipo de violencia (física, psicológica o sexual) en el último año (Encuesta de Prevalencia de Violencia, 2023).

Este contexto evidencia una paradoja: pese a su dinamismo económico, Santa Cruz enfrenta desigualdades arraigadas, agravadas por la expansión urbana desordenada y la concentración del 70% de los servicios especializados en salud en la capital, dejando desprotegidas a zonas rurales.

3.2.1 Municipio de Porongo

Porongo, ubicado al sureste de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, forma parte de la provincia Andrés Báñez. Según el Censo de Población y Vivienda 2024 del Instituto Nacional de Estadística (INE), el municipio tiene un total de 23.016 habitantes. Los grupos etarios más representativos son los niños y niñas y adolescentes, hombres y mujeres de 6 a 19 años (32,27%) y personas adultas jóvenes de 20 a 39 años (27,64%), lo que sugiere una población predominantemente joven y favorecedora para los grupos de intervención del proyecto.

El municipio de Porongo enfrenta importantes desafíos socioeconómicos. Según datos del Censo poblacional del 2012, el 52,6 % de la población vivía en situación de pobreza (INE 2012). En cuanto a necesidades básicas insatisfechas (NBI), los indicadores muestran que el 86% de los hogares tiene acceso a electricidad, el 61,1 % a saneamiento básico y el 84,5 % a agua potable. Estas cifras reflejan no solo las condiciones económicas de las familias, sino también el contexto de vulnerabilidad que enfrentan los y las adolescentes (INE, 2012).⁴

En el ámbito educativo, según el Atlas Municipal de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Bolivia, indica que el municipio de Porongo presenta un desempeño inferior con un índice de 35.5,

⁴ Instituto Nacional de Estadística. (2012). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2012. Recuperado en febrero de 2025, de <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>

lo que lo ubica en el puesto 333, en un rango de 0 a 25. Este resultado indica la existencia de desafíos considerables en la mejora de la calidad educativa (SDSN, 2020)⁵.

La tasa de asistencia escolar alcanza el 85,55⁶ %, con un promedio de 8,8 años de estudio por habitante. Sin embargo, se enfrentan retos significativos en la mejora de la calidad educativa y la reducción de brechas de acceso. Según información recolectada en campo, persiste una alta preocupación entre las autoridades educativas de comunidades como Terebinto y Pozo Colorado respecto a la deserción escolar de adolescentes masculinos a partir de los 13 años. Este fenómeno está relacionado con factores socioculturales y económicos, ya que los adolescentes a partir de esa edad “deben” ayudar en los labores agrícolas.

“Hay jóvenes que al final no terminan su educación, porque para sus familias el trabajo es prioridad. Esto afecta mucho, a los jóvenes hombres y mujeres en general, porque usted sabe, uno sin título difícil es después conseguir trabajo,” – **Representante de Unidad Educativa, hombre, 48 años, comunidad del área dispersa**

En cuanto a la salud, el municipio pertenece a la Red de Salud Guarayos y presenta un Índice de Salud Municipal de 0,650959, lo cual refleja limitaciones en la cobertura y calidad de los servicios. Según datos del Ministerio de Salud (2024), la atención médica en Porongo se distribuye entre establecimientos públicos (9.247 atenciones), privados (2.931 atenciones), seguros de salud privados (2.264 afiliados) y cajas de salud (2.146 afiliados). Sin embargo, un porcentaje significativo de la población opta por la automedicación (6.021 personas) y el uso de soluciones caseras (5.981 personas), lo que indica dificultades de acceso o confianza en el sistema de salud formal.⁷

En salud materna, en 2022 se registraron 312 embarazos y 10 abortos. La cobertura de consultas prenatales alcanzó las 657 atenciones, con el 73,3 % de embarazadas que completaron cuatro controles prenatales. Además, El 72,9 % de los partos fueron institucionales, distribuidos entre 475 partos vaginales y 233 cesáreas.(SNIS-VE, 2022)⁸

Uno de los retos de salud pública más críticos es la alta incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH⁹. Esta situación se pudo evidenciar en el ingreso a campo con las necesidades tanto en salud por parte de la población, como la de los centros de salud, con mayor foco en las comunidades dispersas.

“En el último tiempo, hemos visto que todavía hay contagios de ITS, aunque sí rescatamos que se está hablando más del tema, gracias a organizaciones de apoyo. Hasta dónde sé, creo que ahora las autoridades están ya haciendo más por este tema. Donde más hay casos, pero menos se

⁵ Atlas de los Atlas Municipal de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), SDSN Bolivia 2020, disponible en: <https://sdsnbolivia.org/#/PORO/3>

⁶ Instituto Nacional de Estadística. (2012). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2012. Recuperado en febrero de 2025, de <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>

⁷ Instituto Nacional de Estadística. (2012). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2012. Recuperado en febrero de 2025, de <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>

⁸ Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica. (2022). Base de datos del Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica. Recuperado en febrero de 2025, de <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/category/95-poblaciones> y <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones>

⁹ Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible – Bolivia. (2019), Recuperado en febrero de 2025, de <https://sdsnbolivia.org/el-vih-esta-incrementando-en-bolivia-pero-queda-concentrado-en-pocos-municipios/>

menciona, es en las comunidades, esa es la cosa” – **Funcionaria de instancia de protección, 29 años, centro poblado**

“Hay casos, la verdad nomás. Pero también hay mucha vergüenza de decir por ejemplo o de contar no? En las comunidades los adultos son más cerrados todavía, y a veces hay miedo de decir o contar” – **Joven hombre, 19 años, comunidad del área dispersa**

Por otro lado, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, persisten desafíos relacionados con la educación sexual integral tanto en los hogares como en las comunidades. Durante el ingreso a campo, se identificó que temas como ITS y métodos anticonceptivos aún son considerados tabú por muchas familias, perpetuando la desinformación.

“Aquí a veces por la vergüenza, hay personas con ese tipo de enfermedades que prefieren automedicarse, y no acudir con profesionales. Siempre aquí hay miedo de que te vean preguntando, porque ya se enteran y dicen pues todo de todo” – **Joven hombre, 20 años, comunidad del área dispersa.**

“Hacen falta talleres para los jóvenes en cuanto a salud sexual y orientación para evitar los embarazos adolescentes. Muchos jóvenes no saben cómo cuidarse y desean experimentar, otro tema que es importante para evitar las ITS. Los jóvenes están abiertos a hablar sobre estas temáticas, los padres por su parte, algunos tienen vergüenza para abordar estos temas, pero es importante que se informen sobre ellos porque ninguno quiere ver a sus hijos enfermos o mal” – **Lideresa, Red de Adolescentes, mujer, 19 años, centro poblado**

“Varias niñas necesitan más información, sobre todo los padres para que estos guíen. Orientación respecto a métodos anticonceptivos para evitar embarazos adolescentes. Los papás todavía toman el tema como tabú, con claves y sin ser explícitos. Hace falta una comunicación más abierta, transparente y honesta” – **Representante de Junta de Padres, mujer, 42 años, centro poblado**

A nivel cultural, se identificaron roles de género que perpetúan estereotipos en las dinámicas familiares. En muchas familias, aún se delega la responsabilidad de la educación sexual exclusivamente a las madres o mujeres de la familia, mientras que se asocia a los hombres con ideas de “masculinidad tradicional” que los distancian de temas emocionales o de crianza.

“Generalmente somos las mamás, hermanas o tías incluso que intentamos hablar sobre ese tema, ya sea con hijas hombres o mujeres. Esa es una tarea que nos dejan los padres y los esposos, porque ellos no sabe cómo hacerlo” – **Representante de Junta de Padres, mujer, 42 años, centro poblado**

Este contexto refuerza la necesidad de abordar transformaciones sociales que promuevan la equidad de género en la crianza y educación sexual.

3.2.2 Municipio de El Torno

El municipio de El Torno, ubicado al suroeste de Santa Cruz de la Sierra, forma parte de la provincia Andrés Bóñez. Según datos del Censo de Población y Vivienda 2024, cuenta con una población aproximada de 55.558¹⁰ habitantes. La mayoría de la población se encuentra en los grupos etarios de 6 a 19 años y de 20 a 39 años, lo que refleja una población predominantemente joven. Sin

¹⁰Instituto Nacional de Estadística. (2024). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2024. Recuperado en febrero de 2025, de <https://censo.ine.gob.bo/resultados/>

embargo, aunque la tasa de asistencia escolar es del 80 %, menos del 40 % de la población ha tenido acceso a educación secundaria.¹¹ Este indicador refleja una brecha educativa que afecta las oportunidades de desarrollo de la juventud local.

En el ámbito de la salud reproductiva, durante el año 2022 se registraron en El Torno 1.475 embarazos y 208 abortos,¹² cifras que demandan atención prioritaria en educación integral en sexualidad y acceso a métodos anticonceptivos eficaces.

Dada la cercanía de este municipio a la ciudad de Santa Cruz, las dinámicas sociales y económicas en El Torno se asemejan más a las de un entorno urbano centralizado. Jóvenes y adolescentes de comunidades del área dispersa prefieren realizar sus actividades en el centro poblado del municipio, e incluso desplazarse hacia Santa Cruz o La Guardia.

Durante el ingreso a campo, se evidenció un cambio significativo de autoridades municipales en diferentes niveles de coordinación debido a conflictos políticos en el Gobierno Autónomo Municipal de El Torno. Esto ha generado desafíos operativos en el sector público, afectando la continuidad de iniciativas previas relacionadas con la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Además, la falta de familiaridad de los nuevos actores con el contexto histórico de estas iniciativas ha implicado cambios presupuestarios que dificultan la implementación de acciones sostenibles.

“Lo que sucede aquí en El Torno, es que hemos tenido varios cambios en los últimos dos años. Desde autoridades con cargos mayores, hasta técnicos, por un tema netamente de partidos políticos. Eso nos ha perjudicado, no solo en mis tareas digamos, sino en las de todos. A veces es difícil continuar iniciativas pasadas, porque no tenemos información” – **Funcionaria pública, mujer, 32 años, centro poblado**

“Aquí en este municipio hemos tenido un problema de autoridades, desde hace ya algunos años, todo por colores políticos. Yo no me meto en detalle en esas cosas porque no me interesan, pero sí nos ha perjudicado el cambio de profesionales, porque entre que los nuevos se adapten a lo que ya estábamos trabajando antes, pasa tiempo” – **Profesional de la salud, hombre, 30 años, centro poblado**

El municipio cuenta con la Ley municipal de Juventudes N° 248¹³, que establece la creación de una Unidad Municipal de la Juventud, con el objetivo de desarrollar políticas públicas integrales para las y los jóvenes en los ámbitos como salud, educación, empleo, cultura y participación política. (Gobierno Autónomo Municipal de El Torno, 2018). Sin embargo, se identificaron oportunidades para fortalecer la implementación de estas políticas mediante redes juveniles más consolidadas.

¹¹ Instituto Nacional de Estadística. (2012). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2012. Recuperado en febrero de 2025, de <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download> y <https://seie.minedu.gob.bo/reportes/infmunicipal>

¹² Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica. (2022). Base de datos del Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica. Recuperado en febrero de 2025, de <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/category/95-poblaciones> y <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones>

¹³ Gobierno Autónomo Municipal de El Torno. (2018). *Ley Municipal de la Juventud N° 248*. El Torno, Bolivia. Recuperado de https://www.eltorno.gob.bo/wp-content/uploads/2020/12/14122022_DECRETO-MUNICIPAL-Na-121-APRUEBA-REGLAMENTO-A-LA-LEY-MUNICIPAL-Na-248.pdf

En las visitas al municipio durante el operativo de campo se destacó la importancia de trabajar cerca de las y los jóvenes, ya que las normativas existentes son una base sólida, pero aún presentan retos en su operativización

“Tenemos normas, de haber hay. Pero a veces es necesario ir más allá ¿no? Tenemos ahorita una buena base normativa. Pienso que donde todavía debemos mejorar, es en nuestro trabajo con los jóvenes, todavía buscamos acercarnos más a ellos” – **Funcionaria pública, 32 años, centro poblado**

“Creo que en el municipio las autoridades han conformado sus redes o grupos de jóvenes, la verdad no estoy muy enterado. Pero sí he notado que cada vez hay más iniciativas, aunque a veces con los jóvenes es medio difícil trabajar; hay líderes que están muy dispuestos, pero no son todos así” – **Representante de Unidad Educativa, hombre, 34 años, centro poblado**

En el ámbito de salud y derechos sexuales y reproductivos, se identificó un progreso importante en la apertura de los jóvenes hacia estos temas. Sin embargo, los desafíos se centran en fomentar el involucramiento de los padres en la orientación de los adolescentes y en fortalecer el vínculo entre instituciones de protección y las comunidades dispersas.

“Con los jóvenes no tenemos problema en hablar sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, ellos son bastante abiertos. A veces donde hay la traba es con los padres y madres; ya sea por trabajo o por otras responsabilidades, no hay la confianza para conversar” – **Representante de Unidad Educativa, hombre, 34 años, centro poblado**

“Creo que lo que hace falta es confianza entre jóvenes y adultos. Yo no hablaría de que es un tema tabú, creo que ya no. Sino que es algo de desconexión, no solo entre padres e hijos, sino entre adultos y adolescentes” – **Representante Centro de Salud, mujer, 32 años, centro poblado**

“La juventud está más despierta y a nosotros como padres nos falta comunicar la información con mayor confianza y apertura. Los jóvenes, por su parte quieren informarse sobre estas cosas, tienen más curiosidad por las temáticas” – **Representante de padres y madres de familia, mujer, 39 años, centro poblado**

“Creo que tenemos un problema con la llegada de las autoridades y de los profesionales de salud en las comunidades; no tanto en El Torno mismo. Por ejemplo, ha habido casos de violencia o de acusaciones de abuso en algunas comunidades alejadas, y lamentablemente las autoridades llegan tarde, e internamente se deja pasar; lo mismo con los servicios de salud sexual y reproductiva. Es importante informar sobre métodos, planificación familiar y cuidados para evitar las ITS. En el centro del Torno, tanto los padres como los AJ son más abiertos, pero en las comunidades alejadas todavía tenemos el desafío de aperturar a la discusión e información de estos temas” – **Representante del Gobierno Estudiantil, hombre, 22 años, El Torno**

En lo que respecta a las instituciones de protección, se ha señalado la dificultad que enfrentan para llegar a comunidades alejadas. En algunos casos, se reporta que las propias familias encubren situaciones de violencia hasta que las autoridades logran intervenir, motivadas principalmente por el temor a la denuncia y el estigma asociado a abordar estas problemáticas.

Asimismo, se ha identificado un nivel de desconexión y desconfianza entre jóvenes y adultos y autoridades en general, lo que limita la colaboración efectiva. Resulta fundamental implementar acciones que promuevan la articulación y el vínculo entre estos actores, ya que dicha desconexión

afecta negativamente el trabajo conjunto y dificulta la protección y atención oportuna de las personas en situación de vulnerabilidad.

respecto a los servicios de salud, el Centro de Salud del Distrito 1, que cuenta con Atención Integral Diferenciada a Adolescentes (AIDA) enfrenta baja asistencia por parte de adolescentes y jóvenes, atribuida, por el personal médico, al desconocimiento del servicio y la falta de confianza en las autoridades locales.

“Nosotros aquí tenemos atención AIDA, pero qué es lo que sucede con eso, que, por un lado, o los jóvenes no saben que tenemos esa atención, o no confían en nosotros. A veces los jóvenes prefieren ir hasta Santa Cruz de la Sierra para consultar esas cosas, porque tienen miedo de que alguien los vea preguntando” – **Representante Centro de Salud, mujer, 32 años, centro poblado**

“Realmente aquí el problema no es el servicio o el acceso a él, es la vergüenza y la desconfianza de los jóvenes. Nosotros tenemos aquí todo para atender, pero poco podemos hacer si no vienen” – **Representante Centro de Salud, mujer, 33 años, centro poblado**

El municipio de El Torno ha realizado esfuerzos continuos para implementar acciones en derechos sexuales y reproductivos dirigidas a las y los jóvenes, a pesar de las dificultades institucionales que han impactado la calidad de la atención y las iniciativas comunitarias. Entre las acciones más destacadas se encuentra la atención AIDA, que brinda un servicio especializado, así como la realización de ferias educativas tanto a nivel municipal como en los centros educativos.

No obstante, un aspecto clave que aún requiere fortalecimiento es la conexión y confianza entre jóvenes, adultos y autoridades. Aunque el municipio cuenta con una base sólida que incluye normativa e infraestructura, como los servicios AIDA, es fundamental trabajar en la creación de espacios que promuevan un vínculo saludable y de confianza mutua entre estos actores, facilitando una colaboración más efectiva y el desarrollo de estrategias sostenibles.

“Yo conozco muy buenas experiencias con cierto personal de salud, pero no es el caso de todos. Como ya le había dicho antes, lo que es necesario trabajar es nuestro vínculo con autoridades y profesionales, para que tengamos la confianza de consultarles y preguntarles todo lo que no sabemos” – **Representante del Gobierno Estudiantil, hombre, 22 años, El Torno**

En términos de roles y estereotipos de género, prevalece la idea de que las mujeres deben asumir el cuidado y la crianza, lo que incluye transmitir conocimientos sobre salud sexual y reproductiva a los/las menores en sus hogares. Aunque las mujeres locales participan activamente en el mercado laboral, enfrentan una doble carga laboral (remunerada y no remunerada), lo que incrementa su nivel de responsabilidad.

Finalmente se puede evidenciar que el Proyecto REACH tiene una relevancia en la población adolescente del municipio, considerando los siguientes puntos:

- Las limitaciones de acceso a recursos en las instituciones públicas de protección y de salud repercuten directamente en el alcance de las actividades con adolescentes y jóvenes.

“Desde el sector público, nuestra principal dificultad está en viabilizar de manera sostenible las acciones de trabajo en este tema. En cuestiones presupuestarias, se nos ha frenado mucho por el cambio de autoridades. Pero incluso también en la parte técnica, porque tener gente nueva, implica capacitar gente nueva. Como le decía, la base esta, operativizar es la cosa” – **Funcionaria pública, mujer, 32 años, centro poblado**

“También sería lindo que nuestras autoridades sean serias ¿no? que las acciones que se promueven para los jóvenes sea realmente para ellos, y no por cuestiones de partido político, que tanto nos ha perjudicado aquí en El Torno eso” – Representante de padres y madres de familia, mujer, 39 años, centro poblado

– Las y los jóvenes tienen una necesidad de acceder a fuentes de información sobre sus derechos sexuales y reproductivos para tomar decisiones acertadas en su salud.

“Cómo resultados positivos hemos visto que varios jóvenes quieren informarse e incluirse a la red de jóvenes para participar en todas estas actividades, pero por otro lado y como resultados negativos, hay otros jóvenes indiferentes a la temática, quizá porque para ellos todavía sigue siendo un tema tabú. Pero los jóvenes tenemos ganas de trabajar y aprender” – Representante del Gobierno Estudiantil, hombre, 22 años, El Torno

3.3 Análisis Contextual Departamento de Cochabamba

El departamento de Cochabamba, uno de los más relevantes en términos demográficos, es el tercer departamento más poblado de Bolivia, tiene 2.005.373 habitantes. A pesar de su dinamismo, enfrenta una serie de desafíos sociales y de salud.

Uno de los problemas es el aumento de casos de VIH, especialmente entre los jóvenes. Entre 2013 y 2023, la región experimentó un incremento alarmante de 268% en los diagnósticos de VIH en jóvenes de 15 a 24 años, destacando un aumento de 217% en el grupo de 15 a 19 años y del 313% en el de 20 a 24 años (IdH Bolivia, con datos del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, 2023). Este fenómeno refleja la creciente vulnerabilidad de este grupo etario, lo que se atribuye a la falta de educación sexual integral, la escasez de servicios de prevención adecuados y el estigma asociado al virus.

Además, Cochabamba, Al igual que las otras regiones del país, enfrenta desafíos en cuanto al acceso a servicios de salud para personas viviendo con VIH. Entre 2017 y 2023, se registraron 111 denuncias de vulneración de derechos en el ámbito sanitario, lo que resalta la persistente discriminación que enfrentan las personas con VIH al intentar acceder a tratamientos médicos (Opinión, 2024). La situación es especialmente preocupante en áreas rurales, donde la cobertura de salud es limitada y los servicios especializados son escasos.

La violencia de género es un problema profundamente arraigado en Cochabamba, y aunque el departamento ha registrado avances en cuanto a la sensibilización y la denuncia de estos delitos, la magnitud del problema sigue siendo alarmante. En 2024, Cochabamba registró 18 feminicidios y fue uno de los departamentos con mayores reportes de violencia física y sexual, reflejando una crisis persistente.

3.3.1 Municipio de Aiquile

El municipio de Aiquile, ubicado en la provincia Narciso Campero del departamento de Cochabamba, enfrenta desafíos significativos en materia de desarrollo social, educativo y de salud, especialmente en relación con su población joven y adolescente. La información recolectada en campo ha evidenciado que una de las raíces de estos problemas está vinculada a las relaciones distantes entre adolescentes y sus padres, madres o cuidadores. Esta desconexión repercute en conductas de riesgo, como el inicio temprano de relaciones románticas y convivencias, así como el consumo de alcohol o sustancias ilícitas.

“La verdad es que en Aiquile se ve mucha lejanía entre padres/madres de familia y los hijos. Yo he tenido casos de padres y madres que han acudido a mi persona para pedir apoyo, porque ya no saben que hacer con sus hijos. Pasa también que cuando trabajan en el campo, muchos adolescentes se quedan solos, y ahí empiezan a tener pareja, o a ingerir bebidas alcohólicas” –
Funcionaria pública, mujer, 51 años, centro poblado

“Como para todos, la economía está bien difícil aquí en Aiquile, y a veces por trabajo también los padres y madres migran a otros lados. Los chicos se quedan con la abuelita, el abuelito, los tíos, y ahí empieza todo. O embarazos de jóvenes, o empiezan a tomar; pero se ve mucha desconexión, ellos no les tienen confianza a sus padres” –
Funcionaria pública, mujer, 32 años, centro poblado

En 2024, según los datos del Censo de Población y Vivienda, el municipio cuenta con una población de 23.000 habitantes.¹⁴ Aunque la asistencia escolar es alta (97%), la tasa de culminación de la educación secundaria (22.5%) refleja barreras importantes en la continuidad educativa, limitando el desarrollo de capacidades entre los adolescentes.¹⁵

La falta de programas efectivos de educación sexual y reproductiva agrava esta problemática. Sin orientación adecuada en estos temas, el dialogo entre padres e hijos sobre salud sexual y reproductiva es escaso, contribuyendo a los índices de embarazo adolescente y casos de estupro.

“Yo he escuchado ya varios casos de embarazos de adolescentes, no de este colegio, pero de otros. La cosa es que escuchamos que talcita se ha embarazado, y no sabemos nunca como termino, si ha tenido el bebé o no, porque la familia misma lo quiere ocultar.” –
Adolescente mujer, 15 años, centro poblado

“Entre nosotros podemos conversar y aprender, de hecho nos gustaría que hayan más espacios como estos, para dialogar abiertamente sobre salud sexual y derechos reproductivos. Pero hay veces que los papás medio que no quieren, algunos dicen que incita más bien. Yo creo que mientras se enseñe de manera correcta, y sin fomentar libertinaje, está bien” –
Adolescente hombre, 15 años, centro poblado

“Para nosotros, sería muy importante que nos brinden acompañamiento con la educación complementaria de estos temas, desde el hogar, desde el núcleo familiar. A nosotros nos interesa orientar a los jóvenes en la Unidad Educativa, en este tema de la educación sexual, desde dos pilares: los valores y las consecuencias. Nosotros queremos que los jóvenes vean que, por ejemplo, si se embarazan, su futuro se trunca, se cambia; muchas veces ellos hacen las cosas sin pensar en el qué puede pasar mañana; y por eso nosotros nos enfocamos en eso. Pero todavía necesitamos apoyo para que eso se refuerce desde la casa” –
Representante de Unidad Educativa, hombre, 61 años, centro poblado

“A nosotros nos preocupa un poco que los jóvenes ahora inician sus relaciones amorosas desde muy jóvenes, 12 o 13 años. Por eso hay casos de embarazos adolescentes; y la verdad es que no siempre acuden a nosotros de inmediato; conocemos historias de familias que lo ocultan por vergüenza, o que inducen al aborto desde métodos caseros.” –
Funcionaria pública, mujer, 51 años, centro poblado

¹⁴ Instituto Nacional de Estadística. (2024). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2024. Recuperado en febrero de 2025, de <https://censo.ine.gob.bo/resultados/>

¹⁵ Ministerio de Educación. (2023). Base de datos del Ministerio de Educación. Recuperado en febrero de 2025, de <https://seie.minedu.gob.bo/reportes/infmunicipal>

Un factor clave identificado en el ingreso a campo son las necesidades económicas de las familias. La migración laboral de los padres y madres de familia implica que las y los adolescentes asuman roles de cuidadores o quedan al cuidado de familiares, lo que no garantiza una cobertura adecuada a sus necesidades afectivas, sociales o económicas. En ese contexto, recurren a fuentes laborales informales y también a relaciones de pareja desde temprana edad.

“Lamentablemente, conozco casos de jovencitas, hermanas mayores que se quedan a cargo de sus hermanitos, sobrinitos incluso. Hay mucha crianza solitaria aquí, eso como le decía también infiere en que se busquen pareja desde chicas, que se embaracen, e incluso de que convivan desde antes de terminar la escuela. En algún rato yo también he escuchado a jovencitas decir que prefieren casarse o juntarse antes de graduarse, y lamentablemente por eso algunas no terminan su educación” – **Funcionaria pública, mujer, 32 años, centro poblado**

“A nosotros a veces nos da vergüenza hablar de ciertos temas con los adultos, ya sean nuestros papás o profes. Pero también creo que a veces como nos tratan ellos, no ayuda. En vez de generarnos confianza, nos hacen dar miedo de preguntar.” – **Adolescente mujer, 15 años, centro poblado**

Por otro lado, según los datos de Instituto Nacional de Estadística (INE, 2012), el 69.1% de la población vive en situación de pobreza, lo que impacta directamente en la calidad de vida y el acceso a servicios básicos. Solo el 62.3% de los hogares cuenta con electricidad, mientras que el saneamiento básico alcanza apenas el 43.9%. Esto impacta negativamente las condiciones sanitarias y de salud de las familias.¹⁶

En cuanto a servicios de salud, solo el 33.5% de las embarazadas cumplen con cuatro controles prenatales y el 65.9% de los partos son institucionales, lo que deja a una gran cantidad de mujeres en situación de riesgo.¹⁷ Además, la incidencia de VIH y otras ITS continúa siendo una preocupación, reflejando la necesidad de reforzar las instituciones de salud y mejorar la difusión de información preventiva.

Adicionalmente, los adolescentes y jóvenes de Aiquile, tanto hombres como mujeres, muestran una actitud positiva hacia el aprendizaje sobre temas de salud sexual y reproductiva, con un nivel de empoderamiento y liderazgo en ellos, sin distinción de género. Sin embargo, los estereotipos de género siguen teniendo un impacto perjudicial, especialmente en el juicio moral con el que se juzga a las jóvenes, ya sea por ejercer su sexualidad, preguntar, o por ser madres adolescentes.

“Yo creo que si una mujer no se respeta así misma o a su cuerpo, ¿cómo la va a respetar un hombre? Hay mujeres también que no dejan nada a la imaginación como dicen, y al final salen embarazadas”. **Adolescente hombre, 17 años, centro poblado**

“Cuando digamos yo quiero salir a una fiesta o un cumpleaños, yo me pongo top o mini falda, también tengo que asumir que me van a mirar o decir algo. Las mujeres sabemos lo que a veces pasa, al final ya cada una decide como manejarlo” – **Adolescente mujer, 16 años, centro poblado**

¹⁶ Instituto Nacional de Estadística. (2012). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2012. Recuperado en febrero de 2025, de <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>

¹⁷ Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica. (2022). Base de datos del Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica. Recuperado en febrero de 2025, de <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/category/95-poblaciones> y <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones>

*“A mi me parece bien también que se haya puesto de moda eso del feminismo, pero no debe ser extremo porque al final ellas solitas se perjudican, estando con hombres mayores o saliendo embarazadas” – **Adolescente hombre, 16 años, centro poblado***

Como reflejan los testimonios, este juicio no solo proviene de los varones o adultos, sino también de las adolescentes mismas, que replican estas conductas, y perpetúan roles de género que quitan la responsabilidad a los hombres en casos de acoso, violencia o embarazo. En este sentido, es crucial abordar esta problemática de manera integral con la población.

Finalmente, se pueden observar puntos clave a considerar en la implementación del proyecto REACH:

– Las necesidades económicas y la falta de servicios básicos son una prioridad para las familias.

*“No podemos decir que este problema de las parejas de jóvenes o de desconexión con sus papás pasa porque sí, ¿no? es también resultado de que uno como padre/madre debe trabajar, debe llevar comida a su casa. Ahora más todavía con la situación del país, hay pocas oportunidades, y por eso los papás y mamás migran, por necesidad. Eso no quiere decir que sus hijos no les importen, pero pasa y al final los adolescentes crecen bien solos” – **Funcionaria pública, mujer, 51 años, centro poblado***

– Las y los jóvenes requieren estrategias específicas en educación, salud y orientación para evitar o disminuir el índice de embarazos adolescentes y casos de violencia sexual.

*“Nosotros hemos reconocido que es útil que se hable sobre salud sexual y reproductiva. Incluso aquí mismo en nuestra unidad educativa hemos visto un cambio este año, ya no se escuchan tantos embarazos o sustos de embarazo. Pero en otros colegios no es así, y se sabe. Es muy necesario formarnos en eso” – **Adolescente mujer, 15 años, centro poblado***

*“Creo que todos los que estamos aquí ahorita sabemos de varios casos de chicas que han estado embarazadas, y que no lograron terminar el colegio, no aquí, sino en otro lado. Por eso es bien necesario que hable de eso. Hay algunos papás y mamás que no dan el espacio para hablar sobre eso, por eso creo que el colegio es un lugar muy importante” – **Adolescente hombre, 16 años, centro poblado***

*“Algo que también se nos haría útil para entender los riesgos de quedar embarazada o contagiada, es hacer nuestro plan de vida. Yo antes ya trabajé en eso y lo recomiendo aquí a mis compañeros, porque así una se pone metas, sueños; y es más responsable con sus decisiones” – **Adolescente mujer, 15 años, centro poblado***

– La baja tasa de finalización de la educación secundaria refleja una brecha que afecta al acceso a información y a un futuro puede repercutir en acceder a mejores oportunidades laborales y de desarrollo.

*“En nuestra unidad educativa este año no hemos tenido embarazos, ni el 2024 mas bien. Pero antes sí era un problema; ahora nosotros siempre les abrimos las puertas a las estudiantes para que terminen su curso o sus estudios, yo como profe intento ser lo más abierta posible porque sé que muchos estudiantes no tienen el apoyo de sus papás. Pero ha habido casos donde la vergüenza les gana, y prefieren no terminar el colegio las estudiantes” – **Profesora de Unidad Educativa, mujer, 29 años, centro poblado***

3.4. Análisis Contextual Departamento de Chuquisaca

Chuquisaca es un departamento marcado por su riqueza histórica y cultural, pero también por profundas desigualdades socioeconómicas. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda cuenta con 600.132 habitantes, con una distribución de 49,2% hombres y 50,8% mujeres (INE, 2024). El 58% de su población reside en áreas rurales, donde predominan comunidades indígenas quechua y guaraní, y el 45% vive en pobreza multidimensional, una de las más altas del país (INE 2012, CEPAL 2022)

Registra una tasa de embarazo adolescente de 78 por cada 1.000 mujeres de 15-19 años, ligeramente inferior al promedio nacional (88/1.000) pero con grandes disparidades rurales. En 2023, se reportaron 2.150 embarazos en adolescentes de 10-19 años, de los cuales 155 correspondió a menores de 15 años (SNIS, 2023), mientras que las uniones tempranas afectan al 18% de las adolescentes (CEPAL, 2022). La falta de educación sexual integral es crítica, solo el 35% de adolescentes rurales accede a información frente al 55% en áreas urbanas (UNFPA, 2023)

El departamento reportó 107 nuevos casos de VIH en la gestión 2024, concentrando el 3,4% de casos a nivel nacional. En 2023, Chuquisaca registró 8 feminicidios (Fiscalía General del Estado, 2024), una tasa de 1.3 por cada 100.000 mujeres, similar al promedio nacional. El 40% de las denuncias por violencia sexual involucró menores de 18 años, y el 48% de las mujeres sufrió violencia física o psicológica en el último año (Encuesta Prevalencia de Violencia, 2023).

3.4.1 Municipio de Villa Serrano

El municipio de Villa Serrano, ubicado en la provincia de Belisario Boeto, en el departamento de Chuquisaca, se caracteriza por su geografía de valle y una población de 8.961 habitantes¹⁸. El 67.2% de la población se encuentra en situación de pobreza, lo que evidencia un acceso limitado a recursos y oportunidades. A pesar de que el 77.9% de los hogares cuenta con acceso a agua potable, persisten deficiencias en saneamiento básico (43.7%) y electricidad (61.0%). Estas condiciones estructurales afectan negativamente la calidad de vida y limitan el desarrollo económico de la población.¹⁹

En el ámbito de la salud, el índice de salud municipal es de 0.624, lo que indica deficiencias en el acceso y la calidad de los servicios sanitarios. La mayoría de la población acude a establecimientos de salud públicos (9.234 personas), sin embargo, un número significativo de habitantes opta por métodos alternativos como la medicina tradicional (5.168 personas) o la automedicación (5.243 personas).²⁰

¹⁸ Instituto Nacional de Estadística. (2024). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2024. Recuperado en febrero de 2025, de <https://censo.ine.gob.bo/resultados/>

¹⁹ Instituto Nacional de Estadística. (2012). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2012. Recuperado en febrero de 2025, de <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>

²⁰ Instituto Nacional de Estadística. (2012). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2012. Recuperado en febrero de 2025, de <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, se reportaron 191 embarazos en 2022, con una cobertura prenatal del 63.9%. esto indica que una parte considerable de las mujeres embarazadas no accede o cumple con los controles adecuados, lo que incrementa los riesgos para la salud materna infantil.²¹

A nivel educativo, en 2023, se matricularon 2.082 estudiantes con una distribución equitativa entre hombres y mujeres. Si bien la tasa de escolarización primaria es alta, la transición a la educación secundaria es limitada, lo que restringe las oportunidades futuras de la juventud.²²

En términos de Educación Integral en Sexualidad, mediante el ingreso a campo se evidenció un contraste importante entre las áreas urbanas y rurales. En los centros poblados se observa mayor apertura para abordar estos temas, mientras que en las comunidades rurales persisten barreras culturales y tabúes. La desconfianza hacia las instituciones de salud representa un obstáculo clave, lo que subraya la necesidad de implementar estrategias de sensibilización diferenciadas y adaptadas a las y los adolescentes y jóvenes considerando su contexto sociocultural.

"Los estudiantes ahora son más abiertos, con las redes sociales, aprenden sobre todos. Donde las familias son un poquito más cerradas es en el campo; pero es un poco más cuestión de prejuicio de los padres, que son como decimos nosotros, chapados a la antigua" - **Representante Unidad Educativa, hombre, 50 años, centro poblado**

"Estamos viendo en estas épocas, y en nuestros adolescentes, que no confían en sus padres, ni tampoco en los establecimientos de salud. Están muy cerrados en ellos mismos, desde el municipio estamos viendo de qué manera generar más vínculos, con ferias u otro tipo de actividades. Queremos coordinar con los centros y postas de salud, estamos en eso" - **Concejal mujer, 45 años, centro poblado**

"Lo que yo veo que sucede, es que no es que los jóvenes tengan miedo de hablar sobre salud sexual y reproductiva; lo que pasa es que lo hacen entre ellos, y les da vergüenza hablar con nosotros. No sé si llamarle vergüenza o miedo, pero son muy reacios a consultar. Creo que eso es algo que se debe trabajar. De nada sirve que nosotros nos capacitemos y tengas el equipamiento y los espacios, si los jóvenes no van a venir" - **Profesional de la salud, hombre, 40 años, centro poblado**

Las principales barreras identificada en los que el Proyecto REACH podría trabajar son las siguientes:

- Desconfianza y brechas de acceso a los servicios de salud diferenciados para adolescentes, particularmente en salud sexual y reproductiva.

"Tiene que ser una prioridad para quienes trabajemos en esto, saber conectar con adolescentes y tratar con ellos; para eso necesitamos apoyo. Pero también es algo que hay que trabajar con ellos y con sus padres, que son muchas veces ellos los que les meten las ideas en la cabeza de que ese tema no se puede preguntar" - **Profesional de la salud, hombre, 40 años, centro poblado**

- Necesidad de estrategias diferenciadas para sensibilización en derechos sexuales y reproductivos, especialmente en zonas rurales. Las dinámicas y actividades deben adaptarse a la realidad de las comunidades dispersas, donde prevalecen visiones tradicionales que dificultan el dialogo. Es

²¹ Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica. (2022). Base de datos del Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica. Recuperado en febrero de 2025, de <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/category/95-poblaciones> y <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones>

²² Ministerio de Educación. (2023). Base de datos del Ministerio de Educación. Recuperado en febrero de 2025, de <https://seie.minedu.gob.bo/reportes/infmunicipal>

fundamental trabajar en colaboración con líderes y lideresas comunitarios, maestros y autoridades escolares para crear espacios de socialización que incluyan no solo a adolescentes y jóvenes, sino también a padres, madres y cuidadores.

“Sí ya de por sí se nos dificulta logísticamente ingresar a comunidades; para tratar la salud sexual y reproductiva, se hace más difícil en esas zonas, porque son muchísimo más cerrados. Eso es algo que también debemos pensar. No es la misma realidad la de aquí, que la de zonas rurales, allá los mismos adolescentes son más cohibidos, y más desconfiados.” – **Profesional de la salud, hombre, 40 años, centro poblado**

“Yo trabajé también en otra unidad educativa en el campo, y la realidad es nomás otra. Las familias más allá son más tradicionales, y ese miedo heredan también los hijos. Aquí incluso hasta por las redes sociales son más abiertos, saben más cosas, en las zonas lejanas no es así. Eso se debe tomar en cuenta para trabajar allá, porque no es lo mismo” – **Representante de Unidad Educativa, hombre, 53 años, centro poblado**

El Proyecto REACH tiene la oportunidad de abordar estas barreras mediante enfoques integrales que fortalezcan el vínculo entre adolescentes, sus familias y las instituciones de salud y educativas. La construcción de confianza y la adaptación de las estrategias al contexto local serán clave para lograr un impacto sostenible.

3.4.2 Municipio de Tomina

El municipio de Tomina, ubicado en la provincia de Tomina en el departamento de Chuquisaca, se caracteriza por su entorno geográfico de valles. Actualmente cuenta con una población de 8.341 habitantes.²³ Según datos del Instituto Nacional de estadística, el 63.4% de la población vive en condiciones de pobreza, lo que refleja un escenario de vulnerabilidad económica significativo. En términos de servicios básicos, el 81.3% de los hogares tiene acceso a agua potable, pero el saneamiento básico solo llega al 46.9% de la población, mientras que el acceso a electricidad alcanza el 67.5%. Estas deficiencias estructurales tienen un impacto directo en la calidad de vida y el bienestar de los habitantes.²⁴

El índice de salud municipal, con un valor de 0.642, evidencia las carencias en la cobertura y calidad de los servicios sanitarios. La mayor parte de la población (9.812 personas) depende de los establecimientos de salud públicos, aunque un sector importante recurre a la medicina tradicional (4.832 personas) o la automedicación (5.018 personas).²⁵

En el ámbito de salud sexual y reproductiva, se registraron 203 embarazos en el año 2022, con una cobertura prenatal del 60.5%. Esto significa que una proporción significativa de mujeres

²³ Instituto Nacional de Estadística. (2024). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2024. Recuperado en febrero de 2025, de <https://censo.ine.gob.bo/resultados/>

²⁴ Instituto Nacional de Estadística. (2012). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2012. Recuperado en febrero de 2025, de <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>

²⁵ Instituto Nacional de Estadística. (2012). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2012. Recuperado en febrero de 2025, de <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>

embarazadas no accede a controles prenatales adecuados, lo que incrementa los riesgos de salud materna infantil.²⁶

En cuanto al sistema educativo, en 2023 se matricularon 2.315 estudiantes, con una distribución equitativa entre hombres y mujeres. A pesar de este logro en equidad, persisten brechas en la educación secundaria que limitan las oportunidades de desarrollo de la juventud.²⁷ Según información recopilada en campo, las adolescentes enfrentan barreras adicionales, especialmente aquellas que son madres jóvenes o que deciden convivir con sus parejas. Estas dinámicas generan una deserción escolar marcada entre las mujeres, quienes suelen asumir la mayor responsabilidad en el cuidado familiar.

"Hemos tenido alguna vez casos de parejas de adolescentes que se juntan, incluso con el visto bueno de sus padres; y al poquito tiempo ellita se embaraza. Obviamente, ¿quién deja el colegio? La mujer pues, por vergüenza, pero también porque al final ella es la que se queda con la responsabilidad de crianza. No han sido casos muy recurrentes, pero cuando pasa, las estudiantes mujeres son las que salen más perjudicadas" – **Directora Unidad Educativa, mujer, 33 años, centro poblado**

"Creo que ya hay más igualdad en educación, pero en los casos en los que las mujeres son madres jovencitas, o incluso cuando deben hacerse cargos de sus hermanitos menores, ellas son las que dejan la escuela. No siempre porque las obliguen alguien, o algo así, sino porque al final son ellas las que cargan con el peso del cuidado" – **Representante junta de padres, mujer, 63 años, centro poblado**

Respecto a la educación sexual y reproductiva, el municipio muestra disparidades en la apertura y acceso hacia estos temas. Mientras las zonas cercanas al centro poblado avanzan en el acceso a información, las comunidades rurales enfrentan barreras culturales y tabúes que dificultan la adopción de conocimientos y prácticas saludables. Además, la desconfianza hacia las instituciones de salud agrava el problema, haciendo necesario implementar intervenciones que fortalezcan el acceso diferenciado para adolescentes y jóvenes.

"Hablar sobre derechos sexuales y reproductivos, no es lo mismo con las familias de la zona concentrada, que con las familias de las comunidades. Allá, todavía pasa que se ve como un tabú, como que se están incitando a que inicien su sexualidad. Además, allá también tienen sus propias prácticas y creencias comunales, a veces no confían en autoridades o profesionales para que los orienten en ese tema" – **Funcionaria pública, mujer, 29 años, centro poblado**

"Aunque nosotros ofrezcamos servicios, la cosa es que no todos los adolescentes quieren venir a preguntar sus dudas. Entre ellos, son más abiertos obviamente, pero no hemos tenido nosotros espacios para interactuar en confianza con los adolescentes, eso nos hace falta" – **Profesional de la salud, mujer, 33 años, centro poblado**

²⁶ Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica. (2022). Base de datos del Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica. Recuperado en febrero de 2025, de <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/category/95-poblaciones> y <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones>

²⁷ Ministerio de Educación. (2023). Base de datos del Ministerio de Educación. Recuperado en febrero de 2025, de <https://seie.minedu.gob.bo/reportes/infmunicipal>

Las principales barreras identificada en los que el Proyecto REACH podría trabajar son las siguientes:

– Falta de confianza y barreras en el acceso a servicios de salud, particularmente en salud sexual y reproductiva: Es crucial trabajar en la construcción de confianza entre adolescentes y el personal de salud, así como en el acercamiento a las familias, quienes muchas veces perpetúan barreras culturales.

*“La salud sexual y reproductiva, creo que aún no es vista como prioridad en el municipio, a pesar de que sí debería. Eso hace que haya poco debate sobre el tema, y todavía existan principalmente barreras culturales para que los jóvenes accedan a ello” – **Funcionaria pública, mujer, 28 años, centro poblado***

– Necesidad de estrategias diferenciadas para la educación y sensibilización en derechos sexuales y reproductivos, especialmente en zonas rurales. Es necesario diseñar estrategias que consideren las particularidades culturales de las comunidades rurales, impulsando espacios de socialización que incluyan tanto a adolescentes como a sus cuidadores

*“Aquí hay gente que todavía es pues bien machista y como con su pensamiento a la antigua, como en todo lado creo. Piensan que porque preguntemos o promovamos la salud sexual desde jóvenes, estamos haciendo que se vuelvan más promiscuos, como dicen. Y peor es en las comunidades. Por eso, aunque haya hospital o profesionales formados, las barreras son principalmente culturales, porque se fomenta el miedo en los jóvenes, miedo a ser juzgados” – **Lideresa provincial, mujer, 36 años, centro poblado***

El proyecto REACH tiene la oportunidad de abordar estas problemáticas mediante la implementación de programas diferenciados que promuevan confianza, sensibilización y la superación de barreras culturales, especialmente en zonas rurales del área dispersa.

3.5. Análisis Contextual Departamento de Tarija

Según el Censo de Población y Vivienda 2024, el departamento de Tarija cuenta con una población de 534.348 habitantes, con una distribución de 49,5% hombres y 50,5% mujeres (INE, 2024). El 42% de su población vive en áreas rurales, donde predominan comunidades indígenas y campesinas, y el 32% enfrenta pobreza multidimensional, cifra inferior al promedio nacional pero con alta concentración en municipios como Yacuiba y Villamontes (CEPAL, 2022)

Tarija registra una tasa de embarazo adolescente de 72 por cada 1.000 mujeres de 15va 19 años, por debajo del promedio nacional (88/1.000) pero con disparidades críticas en zonas fronterizas. En 2023, se reportaron 1.620 embarazos en adolescentes de 10-19 años, de los cuales el 12% correspondió a menores de 15 años (SNIS, 2024).

En 2024, Tarija reportó 74 nuevos casos de VIH, con una prevalencia de 0,3% en la población general. La sífilis congénita aumento un 15% entre 2020 -2023, asociada a la falta de tamizaje prenatal en municipios rurales como Padcaya y Entre Ríos (OPS, 2023).

En 2023, Tarija registró 6 feminicidios (Fiscalía General del estado, 2024), una tasa de 1.0 por cada 100.000 mujeres, ligeramente inferior al promedio nacional. Sin embargo, el 38% de las denuncias por violencia sexual involucró a menores de 18 años, y el 45% de las mujeres tarijeñas sufrió violencia física o psicológica en el último año (Encuesta de Prevalencia de Violencia, 2023).

El departamento de Tarija enfrenta desafíos estructurales profundos que inciden en la salud sexual, reproductiva y la violencia de género. En primer lugar, persiste una brecha urbano-rural en el acceso a servicios de salud: el 50% de los centros de salud en zonas rurales carece de métodos anticonceptivos modernos y personal capacitado en enfoque de género, especialmente en municipios fronterizos como Padcaya y Yacuiba, donde la cobertura de pruebas rápidas de VIH es limitada (Defensoría del pueblo, 2023; SNIS, 2024)²⁸. Esto se agrava por la migración laboral temporal de jóvenes a Argentina o Chile, que desintegra redes familiares y expone a adolescentes a situaciones de explotación y violencia.

Además, la cultura patriarcal normaliza prácticas como el consumo excesivo de alcohol en festividades locales, asociado a picos de violencia sexual y doméstica. A esto se suma la impunidad sistémica: solo el 45 de los casos de violencia de género llega a sentencia, lo que desincentiva las denuncias y refuerza la desconfianza en el sistema judicial (Comunidad de Derechos Humanos, 2024)²⁹.

3.5.1 Municipio de Padcaya

De acuerdo datos del Censo de Población y Vivienda 2024, Padcaya tiene una población aproximada de 17.783 habitantes³⁰. Sin embargo, el éxodo juvenil hacia la ciudad de Tarija y otras regiones en busca de oportunidades laborales es un fenómeno que ha debilitado la estructura comunitaria y reducido la disponibilidad de mano de obra en actividades agrícolas, lo que afecta directamente la economía local (Dirección de Juventudes de Tarija, 2024)³¹.

El 59.02% de la población vive en situación de pobreza, un índice elevado que refleja limitaciones estructurales, como el acceso a empleo formal y servicios públicos de calidad. Aunque la cobertura de agua potable (85.4%) y electricidad (86.5%) es relativamente alta, el acceso a saneamiento básico (52.1%) sigue siendo insuficiente, con un impacto directo en la salud infantil y la prevención de enfermedades.³²

En el ámbito educativo, a pesar de una tasa de asistencia escolar del 72%, solo el 22.9% de la población ha completado la educación secundaria. Esta brecha limita las oportunidades de desarrollo profesional y de emprendimiento, especialmente para las mujeres, quienes enfrentan mayores barreras debido a patrones culturales que restringen la participación femenina en espacios técnicos y profesionales³³.

²⁸ Defensoría del pueblo (2023). Acceso a salud en áreas rurales. Disponible en: <http://www.defensoria.gob.bo>

²⁹ Comunidad de Derechos Humanos (2024). Impunidad en casos de violencia en Tarija. Disponible en: <https://www.derechoshumanosbolivia.org>

³⁰ Instituto Nacional de Estadística. (2024). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2024. Recuperado en febrero de 2025, de <https://censo.ine.gob.bo/resultados/>

³¹ Declaración publicada por el diario "La Voz de Tarija", disponible en: <https://lavozdetarija.com/2024/12/10/aumenta-la-migracion-de-jovenes-de-tarija-por-falta-de-oportunidades-laborales/>

³² Instituto Nacional de Estadística. (2012). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2012. Recuperado en febrero de 2025, de <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>

³³ Ministerio de Educación. (2023). Base de datos del Ministerio de Educación. Recuperado en febrero de 2025, de <https://seie.minedu.gob.bo/reportes/infmunicipal>

El índice de salud municipal de 0.730519 refleja deficiencias en la cobertura y calidad de los servicios sanitarios. La mayoría de la población depende de los establecimientos de salud públicos (16,347 personas), pero una proporción significativa (11,201 personas) recurre a médicos tradicionales o soluciones caseras, evidenciando una combinación de barreras de acceso y desconfianza en el sistema formal de salud.³⁴

Uno de los indicadores críticos es la atención materno infantil. En 2022, se registraron 314 embarazos, de los cuales solo el 60.4% fueron atendidos en centros de salud, una cifra baja frente al estándar nacional. Aunque la cobertura de controles prenatales (216 embarazadas con al menos cuatro controles), persisten brechas en el acceso a servicios especializados.³⁵

El embarazo adolescente es una problemática creciente en Padcaya. En 2024 se reportaron 13 de embarazo adolescente, que aunque numéricamente bajos, representa un desafío significativo en el contexto poblacional del municipio. La falta de educación sexual integral y el acceso limitado a métodos anticonceptivos son factores determinantes en esta problemática.

*“La verdad es que ahorita nosotros consideramos que el embarazo adolescente es una problemática latente, y que todavía estamos en proceso de consolidarla como prioridad. Hay mucha irresponsabilidad y falta de conocimiento sobre el tema, pero no necesariamente de parte de los jóvenes, sino de los adultos. Los padres y madres de familia se oponen muchas veces a que nosotros tengamos iniciativas en las unidades educativas, porque piensan que si no se habla, no sucede, pero no es así.” – **Funcionaria pública, mujer, 34 años, centro poblado***

*“Hay muchísima falta de orientación sobre anticonceptivos con los jóvenes, y todavía hay familias que prefieren ocultar casos de embarazo, por la vergüenza, incluso cuando son resultados de estupro o de violencia sexual. Desde el municipio, tenemos una ley de juventudes, que queremos trabajarla con los jóvenes, para que hayan acciones sobre salud sexual y reproductiva. Como autoridades, ahora nosotros estamos asumiendo esto como algo urgente, porque en el 2024, tuvimos una subida del 80% en embarazo adolescente en Padcaya, eso nos preocupa mucho. Queremos trabajar de la mano de los jóvenes” – **Funcionario público, hombre, 34 años, centro poblado***

A pesar de la existencia de la Red Municipal Contra la Violencia Sexual y la Trata de Personas, impulsada por Plan International en el Proyecto ARRIBA, persisten barreras culturales que impiden una discusión abierta sobre derechos sexuales y reproductivos. Estas barreras perpetúan el estigma social asociado a estas problemáticas, especialmente hacia las mujeres.

“En esta gestión estamos en proceso de formar promotoras contra la violencia comunitarias, para que ellas puedan ser nuestro enlace de trabajo en las comunidades. Pero más allá de eso, no nos va a servir mucho si capacitamos a las compañeras, y allá en sus comunidades nadie las escucha o las toma en serio. La cosa está en trabajar desde el

³⁴ Instituto Nacional de Estadística. (2012). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2012. Recuperado en febrero de 2025, de <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>

³⁵ Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica. (2022). Base de datos del Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica. Recuperado en febrero de 2025, de <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/category/95-poblaciones> y <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones>

estigma que muchas veces se genera, solo en las mujeres, sobre la violencia, su sexualidad y sus derechos” **Funcionaria pública, mujer, 34 años, centro poblado**

“El trabajo con Plan nos ha ayudado mucho a articular funciones entre diversos actores, por ejemplo nosotros como funcionarios, con los jóvenes. Pero la barrera que nosotros vemos está en la gente mayor, especialmente de las comunidades alejadas. Hemos tenido ciertos casos por ejemplo, donde nos llega la denuncia de un caso de violencia en alguna comunidad; y primero, tenemos la dificultad de llegar hasta esa comunidad porque logísticamente se nos complica; pero una vez que llegamos, nos encontramos con que las familias lo arreglan internamente, o que nadie quiere hablar o decir nada” – **Funcionario público, hombre, 34 años, centro poblado**

“A nivel de coordinación interinstitucional, creo que en Padcaya ya tenemos una buena base, el apoyo de Plan nos ha servido mucho para articular. Ahora la cosa está, primero en que fortalezcamos nuestro vínculo con los jóvenes, que todavía son desconfiados algunos. Y también que incluyamos a los padres de familia, que muchas veces ponen barreras para que no se hable de este tema; en algunas comunidades por la religión, o por el simple hecho de que se cree que es algo de ‘adultos’” – **Representante Distrital de Educación, hombre, 54 años, centro poblado**

En términos de interacciones interinstitucionales y multiactorales, el municipio muestra avances significativos en la coordinación entre actores clave, gracias al apoyo de Plan International. Sin embargo, se necesita fortalecer la llegada a las comunidades rurales, donde las barreras religiosas y culturales dificultan la sensibilización sobre la salud sexual y reproductiva.

“A nosotros, de las comunidades rurales, nos hace falta que nos hablen y sensibilicen sobre salud sexual y reproductiva. En mi comunidad, y en varias de Padcaya, influye harto la religión, y se escucha nomás casos de embarazos o de jovencitas o de mujeres muy mayores ya, que dicen que un hijo es la bendición de Dios y que por eso hay que tener nomás. Anteponen la religión a la salud. Aquí en el centro poblado yo he visto que se han articulado todos por eso, pero sería bueno que también lleguen a comunidades, donde más se necesita” – **Representante junta de padres, hombre, 53 años, comunidad del área dispersa**

A nivel de liderazgo juvenil, el municipio ha demostrado un potencial significativo. Los jóvenes desatan por su compromiso y organización, aunque reconocen desafíos en su vínculo con las figuras de autoridad, ya que perciben que ha habido ocasiones donde se han sentido como “si estuvieran de adorno” en algunas actividades del municipio. Es prioritario integrarlos de manera efectiva en la planificación y ejecución de acciones.

“Con Plan, en años pasados, a nosotros nos han ayudado mucho en liderazgo, aprender sobre salud sexual y reproductiva, sobre nuestros derechos. Nosotros estamos bien motivados, pero a veces es como si solo pensaran en nosotros para la foto, o para sus redes. Tenemos que articularnos más todavía” – **Representante Red Jala, hombre, 23 años, centro poblado**

“Se nota todavía que hay una distancia bien amplia entre los jóvenes y las figuras de autoridad en Padcaya, hay cierta desconfianza de nuestra parte, también hay que admitir. Por eso creo que debemos construir vínculos de confianza” – **Joven lideresa, mujer, 15 años, centro poblado**

“Yo veo que los jóvenes de Padcaya tienen muchísimo potencial para realmente hacer un cambio en esta temática. En ellos se ve muy claramente el legado del trabajo de Plan con el municipio. Si bien no siempre son un número muy grande, hay líderes muy comprometidos que apoyan y motivan a sus pares. A veces la limitante que yo veo, es que hay jóvenes que son de comunidades alejadas y no siempre tienen tiempo o recursos para venir hasta aquí. También pasa con ellos que, a veces sus padres/madres no están de acuerdo con que participen en esas cosas, por eso los frenan también” – **Funcionario público, hombre, 34 años, centro poblado**

Los roles y estereotipos de género en Padcaya continúan afectando de manera desproporcionada a las mujeres, especialmente en el contexto de los embarazos adolescentes. Aunque el trabajo en campo ha evidenciado que este no es necesariamente un problema generalizado en el municipio, se destaca el empoderamiento juvenil y una participación igualitaria entre hombres y mujeres en diversos espacios. Sin embargo, cuando se analiza la problemática del embarazo adolescente, las autoridades coinciden en que son las mujeres quienes enfrentan las mayores consecuencias, particularmente en la continuidad de sus estudios. Esto está estrechamente vinculado a normas culturales arraigadas en ciertas familias, donde todavía se considera que la crianza y el cuidado de los hijos son responsabilidades exclusivas de las mujeres.

“Lo que sucede también con los embarazos adolescentes, es que las jovencitas son las principales afectadas, porque incluso aunque tengan el apoyo de la familia, se cree que ellas deben ser las principales encargadas de criar y cuidar a los hijos. Por esto, usualmente quienes dejan el colegio son ellas, y no los hombres. Además, prevalece también todavía cierto miedo a ser juzgadas, cosa que no veo que sucede mucho con los varones que también son padres” – **Funcionaria pública, mujer, 34 años, centro poblado**

“La maternidad todavía es vista como tarea de las mujeres en las comunidades, eso prevalece en áreas rurales. La mayoría de los casos de embarazos adolescentes, al final es la mujer quien termina haciéndose cargo allá, especialmente cuando se trata de casos de estupro, no quieren decir quién es el padre para ‘no perjudicar’, y ellas asumen todo el peso” – **Representante junta de padres, hombre, 53 años, comunidad del área dispersa**

Estos testimonios reflejan la persistencia de una norma social que asocia la maternidad exclusivamente con las mujeres y lo “femenino”, incluso en circunstancias adversas como el estupro. Esta percepción no solo perpetúa desigualdades de género, sino que también limita las oportunidades de desarrollo educativo y profesional para las adolescentes, mientras que los hombres son menos afectados por las mismas circunstancias.

En este sentido, resulta fundamental abordar esta norma social pendiente mediante la promoción de la corresponsabilidad en la crianza y en el cuidado, tanto entre jóvenes y adolescentes como en adultos de las comunidades rurales. Es necesario trabajar en espacios de sensibilización que permitan dismantelar estas creencias y construir un entorno más equitativo, en el que la maternidad no sea considerada exclusivamente una tarea femenina, y las responsabilidades sean compartidas de manera equitativa entre hombres y mujeres.

3.5.2 Municipio de El Puente

El municipio de El Puente, ubicado en la provincia Aviléz del departamento de Tarija, cuenta con una población aproximada de 9.504 habitantes según el Censo de Población y Vivienda 2024.³⁶

En términos de servicios básicos, existen marcados contrastes: mientras el 81.7% de la población cuenta con agua potable y el 83.2% con electricidad, solo el 48.9% tiene acceso a saneamiento mejorado. Estas deficiencias tienen un impacto directo en la salud pública, especialmente en la incidencia de enfermedades gastrointestinales y respiratorias, que afectan de manera considerable a las comunidades más vulnerables.³⁷

La tasa de asistencia escolar alcanza el 70.5%, pero apenas el 20.3% de la población ha completado la educación secundaria. Este indicador refleja importantes limitaciones en la continuidad educativa, vinculadas a factores como la necesidad de trabajar en actividades agrícolas y la falta de transporte escolar para estudiantes de comunidades alejadas. Estas barreras refuerzan un ciclo de pobreza intergeneracional al restringir el desarrollo de habilidades técnicas y profesionales.³⁸

“Lo que pasa aquí también es que los jóvenes también trabajan en el campo. A veces hasta en épocas de escuela, ellos o sus padres deciden sacarlos de estudiar y que se dediquen a eso. La verdad es que ojalá no sucediera, pero con cómo está la cosa en el país, no parece que va a mejorar” – **Funcionario Público, hombre, 34 años, centro poblado**

“Hay algunos estudiantes que no siempre terminan. Especialmente los que se dedican al campo con sus padres. Ya sea porque todavía hay comunidades alejadas donde la educación queda en segundo plano, o incluso porque el transporte desde dichas comunidades hasta otras unidades educativas implica un gasto que no puede ser cubierto” – **Representante Unidad Educativa, hombre, 30 años, centro poblado**

En el ámbito de salud, el índice de salud municipal de 0.710432 evidencia deficiencias en la cobertura y calidad de los servicios. La mayoría de la población (11,782 personas) depende de establecimientos públicos de salud, pero un porcentaje significativo (8,523 personas) sigue recurriendo a la medicina tradicional por dificultades de acceso o desconfianza en el sistema

³⁶ Instituto Nacional de Estadística. (2024). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2024. Recuperado en febrero de 2025, de <https://censo.ine.gob.bo/resultados/>

³⁷ Instituto Nacional de Estadística. (2012). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2012. Recuperado en febrero de 2025, de <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>

³⁸ Ministerio de Educación. (2023). Base de datos del Ministerio de Educación. Recuperado en febrero de 2025, de <https://seie.minedu.gob.bo/reportes/infmunicipal>

formal.³⁹ Durante el 2022, se registraron 287 embarazos, pero solo el 58.2% fueron atendidos en centros de salud, lo que refleja una brecha considerable en la atención materna.⁴⁰

El embarazo adolescente es un problema preocupante en El Puente. En 2024, se reportaron 15, una cifra que aunque numéricamente baja, tiene un impacto considerable en un contexto poblacional reducido. La falta de educación sexual integral y el acceso limitado a anticonceptivos son factores clave que perpetúan esta problemática. Además, persisten normas culturales que dificultan el abordaje de estos temas en espacios educativos y comunitarios. Existen iniciativas de prevención, como la Red Municipal Contra la Violencia Sexual y la Trata de Personas, pero su impacto sigue siendo limitado debido a la resistencia social y la falta de recursos sostenibles para su implementación efectiva.

"En 2022 y 2023, la situación de embarazos adolescentes era crítica en El Puente e Iscayachi. Por eso nosotros como autoridades asumimos la responsabilidad de cambiar eso. En el 2024, ya no fuimos el primer municipio de Tarija con embarazos adolescentes; sino el tercero, según datos que nos ha facilitado el Gobierno Departamental. Sin embargo, es una prioridad que todavía la asumimos y trabajamos; nuestra principal dificultad está siempre en llegar a las comunidades dispersas, no solo por un tema logístico, sino por la visión muy tradicional y chapada a la antigua de esa población.. El equipamiento de los establecimientos que brindan servicios AIDA está siendo y van a ser muy útiles." – **Representante sector salud, hombre, 56 años, Iscayachi**

"Definitivamente desde el municipio nosotros buscamos promover que la salud sexual y reproductiva sea una prioridad. Plan ha sido y está siendo de mucha ayuda. Pero como en la mayoría de los municipios, nosotros tropezamos todavía con padres y madres de familia del campo, porque la verdad es que son cerrados" – **Funcionaria pública, mujer, 40 años, centro poblado**

Para optimizar la intervención del Proyecto REACH, es importante fortalecer los espacios educativos, enfocados en la Educación Sexual Integral para las y los adolescentes, adaptándolos a sus necesidades. Esto requiere crear espacios de sensibilización que consideren las dificultades logísticas de muchos estudiantes para asistir regularmente a las unidades educativas o incluso a las mismas capacitaciones en el centro poblado.

Vinculado a esta estrategia, también resulta imprescindible implementar enfoques comunitarios que busquen mejorar la percepción de los temas de educación y salud sexual y reproductiva, especialmente entre padres, madres y adultos de zonas rurales. Su participación activa en espacios de sensibilización y capacitación será clave para derribar tabúes y creencias limitantes que perpetúan desinformación y estigmas en torno a estos temas.

"Como usted puede ver, en el centro de salud se ha podido equipar bastante, al menos el tema afiches y señalética, para eso Plan ha sido de mucho apoyo para nosotros. También tenemos lo que es la atención AIDA, que es un referente para El Puente. Pero incluso, a pesar de todo eso, el tabú persiste. Nosotros hemos hecho seguimiento a algunos casos en los últimos tres años, de jovencitas que quedan pues embarazadas, pero la familia lo esconde. No tenemos la certeza de que se hayan

³⁹ Instituto Nacional de Estadística. (2012). Base de datos del Censo de Población y Vivienda 2012. Recuperado en febrero de 2025, de <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>

⁴⁰ Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica. (2022). Base de datos del Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica. Recuperado en febrero de 2025, de <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones/category/95-poblaciones> y <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones>

realizado interrupciones caseras, pero es lo primero que pensamos, porque después ya no sabemos nada. Hay mucho estigma, que finalmente recaer solamente en las mujeres, lamentablemente.” –

Funcionaria pública, mujer, 40 años, centro poblado

Este testimonio refleja que el estigma asociado a los roles y estereotipos de género afecta particularmente a las mujeres, especialmente en casos de embarazo adolescente o al expresar interés por temas de sexualidad. En El Puente, el trabajo en campo ha demostrado que en general, persiste un recelo hacia estos temas. Las jóvenes suelen sentir miedo a ser juzgadas cuando comunican sus dudas, ya que al final son ellas quienes cargan con el peso del juicio social en casos de embarazo.

Mientras tanto, los hombres enfrentan mucho menos escrutinio, ya que en muchos casos su responsabilidad se limita al pago de una pensión económica, mientras que las mujeres son tachadas de “promiscuas”, “irresponsables” o “malas madres” durante toda su vida.

“Los padres y madres de familia no se dan cuenta que con ese pensamiento, en vez de ayudar a sus hijas, las alejan, especialmente cuando son mujeres. Yo he conversado con algunas de ellas, pero ni si quiera aquí, sino afuera del centro de salud; y ahí sí me cuentan, que una mujer siempre es tachada de tal y cual si pregunta o ejerce su sexualidad; no solo por los hombres de la comunidad, sino también por las mismas mujeres, y por su misma familia.” – ***Funcionaria del centro de salud, mujer, 50 años, El Puente - Iscayachi***

Estas situaciones subrayan la necesidad urgente de trabajar en la transformación de normas sociales basadas en roles y estereotipos de género. No solo es esencial abordar estas dinámicas con adolescentes y jóvenes, sino que resulta aún más crítico involucrar a las personas adultas, incluyendo a padres, madres y otros miembros de la familia. La construcción de espacios seguros y la promoción de valores de igualdad y corresponsabilidad son fundamentales para avanzar hacia un cambio sostenible en las comunidades.

PARTE IV – RESULTADOS

Este apartado sintetiza los hallazgos obtenidos en los ocho municipios evaluados, integrando perspectivas cuantitativas y cualitativas mediante la triangulación de datos. Los resultados reflejan las realidades diferenciadas de los indicadores de línea base del proyecto REACH “Adolescentes resilientes y empoderadas para el cambio y la acción en SDSR”. La presentación articula un análisis comparativo entre municipios, identificando patrones comunes y particularidades locales. Los datos triangulados permiten visibilizar no solo los resultados de los indicadores, sino también las narrativas detrás de problemáticas estructurales. Estos resultados establecen un punto de partida para el proyecto, priorizando intervenciones adaptadas a las necesidades identificadas y alineadas con el marco de resultados definido para el proyecto.

4.1 Indicador 1000a Índice de embarazo en adolescentes

Línea base	Meta
Porcentaje = 18,28%	Por Definir

El indicador 1000a mide la razón de adolescentes que quedan embarazadas por región en un periodo determinado, ya sea que el embarazo haya culminado en un parto, aborto (espontáneo o inducido) o pérdida fetal. Refleja no solo la actividad sexual temprana, sino también las brechas en el acceso a educación sexual integral, métodos anticonceptivos modernos y servicios de salud reproductiva, así como las normas socioculturales que perpetúan la vulnerabilidad de las adolescentes.

Para el cálculo del indicador es necesario solicitar información desagregada por municipio y edad al Ministerio de Salud y Deportes a través del Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE) de la última gestión consolidada. En este caso, se utilizan los datos de la gestión 2024. Este indicador refleja la proporción de embarazos adolescentes (menores de 19 años) respecto al total de embarazos registrados en un periodo determinado, en este caso, el año 2024. Permite dimensionar la magnitud del embarazo adolescente como problemática de salud pública y social, especialmente en contextos de vulnerabilidad y exclusión.

El índice se calcula de la siguiente forma:

$$\text{Embarazo adolescente} = \frac{\text{Número de adolescentes embarazadas (menores de 19 años) en 2024}}{\text{Total embarazos registrados 2024}}$$

El numerador (Número de adolescentes embarazadas, menores de 19 años), representa el total de embarazos registrados en mujeres menores de 19 años durante el años de análisis del indicador, en este caso 2024. Es importante porque refleja cuantas adolescentes han enfrentado un embarazo, situación que generalmente conlleva riesgos sanitarios, sociales y económicos, especialmente en contextos de vulnerabilidad.

El denominador (total de embarazos registrados), representa la suma de embarazos registrados de todas las edades en el país, según el territorio analizado, durante el año 2024. Esta información al igual que la del numerador, se obtiene del SNIS-VE, que consolida información sobre todos los

embarazos atendidos en los diferentes niveles y establecimientos de salud. Su importancia radica en que sirve de base de comparación para calcular el porcentaje del total de embarazos corresponde a adolescentes.

Tabla 12 Diferencia entre Porcentaje e Índice

Porcentaje	Índice
Expresa la proporción de casos respecto a una base por cada 100 personas	Es una razón escala a una base de 1000, lo que permite mayor precisión en poblaciones grandes
Ambos miden frecuencia, pero el índice facilita comparaciones territoriales sin redondeos críticos.	

El resultado expresa el porcentaje de todos los embarazos que corresponden a adolescentes menores de 19 años en un periodo específico. El resultado obtenido significa que **18 de cada 100** embarazos ocurrieron en adolescentes menores de 19 años en promedio en los municipios que forman parte de la zona de intervención. Los datos desagregados se muestran a continuación:

Tabla 13 Embarazos adolescentes mujeres por municipio y rango etario

Departamento	Municipio	Número de embarazos en Adolescentes			Total de Embarazos Mujeres en Edad Fértil	Porcentaje de embarazo en Adolescentes			Porcentaje Departamental
		10 a 14	15 a 19	Total		10 a 14	15 a 19	Total	
Chuquisaca	Villa Serrano	0	20	20	91	0,00%	21,98%	21,98%	14,79%
	Tomina	0	11	11	64	0,00%	17,19%	17,19%	
Cochabamba	Aiquile	3	57	60	307	0,98%	18,57%	19,54%	10,28%
Santa Cruz	El Torno	17	151	168	954	1,78%	15,83%	17,61%	13,70%
	Porongo	1	30	31	170	0,59%	17,65%	18,24%	
	Distrito 6	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d	
Tarija	Padcaya	1	28	29	159	0,63%	17,61%	18,24%	9,0%
	El Puente	0	17	17	93	0,00%	18,28%	18,28%	
TOTAL		22	314	336	1.838	1,20%	17,08%	18,28%	12,01% Bolivia

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministerio de Salud, SNIS-VE, 2024

Los datos de los 8 municipios priorizados por el proyecto confirman que las tasas de embarazo adolescente a nivel nacional se agudizan en territorios específicos, incluso dentro de departamentos con promedios relativamente menores. El *promedio de embarazos en adolescentes en la zona de intervención es del 18,28 %*, superando con 6,27% al promedio nacional (12,01%)⁴¹, evidenciando focos críticos que demandan intervenciones urgentes. Es importante mencionar que no se tomó en cuenta en el cálculo al Distrito 6 debido a que no están disponibles los datos por distrito, y la inclusión de los resultados del municipio de Santa Cruz de la Sierra sesgan la información por la dimensión poblacional que implica la capital del departamento más poblado de Bolivia

⁴¹ Un aspecto relevante identificado a nivel nacional son las altas tasas de embarazo adolescente en los departamentos: Beni 19,62% y Pando 19,79%, donde se registran casos de embarazo en menores de 10 años. El embarazo en menores de 10-14 años alcanza al 1,71% en Beni y 2,10% en Pando.

El embarazo adolescente continúa siendo un fenómeno preocupante en Bolivia, particularmente en el área de intervención del proyecto REACH, donde las tasas superan ampliamente el promedio nacional. Los datos reportados para la gestión 2024, indican que de los 224.393 embarazos registrados, 26.968 fueron embarazos de mujeres menores de edad. Por tanto, el **porcentaje nacional de embarazos adolescentes es de 12,01%**, lo que significa que aproximadamente **1 de cada 8 embarazos registrados corresponde a mujeres menores de 19 años**. Sin embargo, un análisis más detallado por municipio revela cifras superiores, lo que evidencia la necesidad de intervenciones focalizadas y con enfoque territorial.

En el caso de Chuquisaca, se observa una incidencia elevada, especialmente en el municipio de Villa Serrano, donde el 21,98% de los embarazos corresponde a adolescentes, todos del grupo de 15 a 19 años. En Tomina, esta proporción alcanza el 17,19%, también por encima de la media nacional. El promedio departamental se sitúa en 14,79%, reflejando una tendencia sostenida de embarazos tempranos en contextos rurales del departamento.

“Los jóvenes actualmente están siendo formados por las redes sociales más que por las escuelas o sus familias. Tienen acceso a todo y eso complica la educación en valores. Vemos muy preocupados como ha aumentado el consumo de alcohol, incluso el microtráfico de sustancias contraladas... Como municipio, como ayuda de las instituciones como la Defensoría se hace el trabajo, pero no es suficiente; aunque capacitamos y hacemos lo que podemos se está llegando a un libertinaje parece. Quizás es hora de involucrar realmente a los padres de familia. Como autoridades hemos tratado el tema del embarazo adolescente, pero la evidencia está mostrando que no estamos pudiendo frenar esto, ya no sabemos a veces qué más podemos hacer, como llegar a las comunidades alejadas” – **Miembro del Consejo Municipal de Villa Serrano, 54 años, hombre**

Cochabamba, por su parte, presenta un comportamiento más heterogéneo. En el municipio de Aiquile, el 18,57% de los embarazos fueron en adolescentes, lo que contrasta con el promedio departamental de 10,28%, que se encuentra por debajo de la media nacional. Esto sugiere una concentración del problema en zonas rurales específicas, como es el caso de Aiquile, donde persisten barreras estructurales de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

“Aquí en Aiquile, el problema del embarazo adolescente es bien serio, pero aquí la gente lo esconde. Son los mismos padres que, en vez de buscar ayuda, ocultan las situaciones de sus hijas. A veces hasta las hacen abortar de forma clandestina si no se llega a un acuerdo con el novio o la pareja. Todo está muy ligado al alcoholismo y al estupro, que son cosas que pasan seguido aquí, pero que nadie quiere hablar de eso. Es como que si preferirían tapar el sol con un dedo” – **Funcionaria de Centro de Salud, 36 años, mujer, Aiquile**

En el departamento de Santa Cruz, los municipios de El Torno y Porongo muestran una alta proporción de embarazos adolescentes, con 17,61% y 15,24% respectivamente. Destaca particularmente el caso de El Torno, donde se identificaron casos en el grupo de niñas de 10 a 14 años (1,78%), lo cual representa una grave alerta, ya que se trata de embarazos en edad temprana posiblemente relacionados con violencia sexual o relaciones forzadas. El promedio departamental, de 13,70%, se mantiene por encima del promedio nacional.

“En Santa Cruz, pero en general en el oriente, es como si las relaciones desde muy jóvenes fueran cosa normal, nadie se sorprende. Pero lo preocupante es que cada vez son más jovencitas, ya se

*han visto casos de chicas menores de 15 años embarazadas, y la gente dice que es algo que pasa, como si fuera parte de la vida, y eso yo creo que no está bien” – **Funcionaria de Centro de Salud, 41 años, mujer, Porongo***

Por último, Tarija presenta el porcentaje departamental más bajo (9,0%) entre los analizados, pero esta cifra oculta una realidad crítica a nivel municipal. El Puente y Padcaya registran un 18.82% y 18,20% respectivamente, ambos con una incidencia preocupante de embarazos adolescentes en el grupo de 15 a 19 años, evidenciando que los promedios departamentales pueden invisibilizar situaciones locales de alta vulnerabilidad.

*“Los padres y madres de familia no se dan cuenta que con ese pensamiento, en vez de ayudar a sus hijas, las alejan, especialmente cuando son mujeres. Yo he conversado con algunas de ellas, pero ni si quiera aquí, sino afuera del centro de salud; y ahí sí me cuentan, que una mujer siempre es tachada de tal y cual si pregunta o ejerce su sexualidad; no solo por los hombres de la comunidad, sino también por las mismas mujeres, y por su misma familia.” – **Funcionaria del centro de salud, mujer, 50 años, Iscayachi***

Los resultados en los municipios priorizados revelan una crisis multifacética del embarazo adolescente, agravada por profundas brechas territoriales y fallas estructurales. En primer lugar, la disparidad urbano-rural alcanza niveles críticos: municipios como Villa Serrano y Aiquile superan ampliamente los promedios departamentales, evidenciando la necesidad de educación sexual integral y la persistencia de prácticas como el concubinato y la migración laboral temporal que exponen a las adolescentes a riesgos sin redes de protección. En segundo lugar, se identifica una focalización deficiente de políticas públicas, al existir municipios que superan y hasta duplican las de sus capitales departamentales, lo que sugiere que los programas no están adaptándose a realidades municipales intermedias, con acceso fragmentado a métodos anticonceptivos y educación sexual. Finalmente, municipios pequeños como El Puente demuestran que, incluso con bajas cifras absolutas, el embarazo adolescente es un problema estructural vinculado a dinámicas como la movilidad transfronteriza o la presión económica en zonas periurbanas.

Para abordar esta realidad, el proyecto puede implementar acciones diferenciadas, como ser:

- Priorizar municipios para adaptar la intervención a las necesidades de los adolescentes y jóvenes, fortaleciendo la integración de las redes de apoyo.
- Desarrollar alianzas con instituciones para identificar casos de riesgo donde la actividad comercial transfronteriza podría encubrir situaciones de explotación sexual.
- Incluir programas de comunicación comunitaria, utilizando radios locales en lenguas originarias para difundir información sobre derechos sexuales, rompiendo tabúes y llegando a las familias.
- Estas intervenciones, basadas en evidencia, no solo permitirían mitigar el embarazo adolescente, sino que sentarán un precedente para políticas nacionales con enfoque interseccional, donde la diversidad étnica, geográfica y lingüística de Bolivia deje de ser una barrera para convertirse en el eje de las soluciones.

La recomendación técnica para el establecimiento de una meta para el proyecto, considerando que el promedio nacional se sitúa en 12,01%, pero los municipios que forman parte del proyecto

presentan una tasa significativamente más alta (18,28% en promedio), se recomienda establecer una meta de reducción progresiva del embarazo adolescentes en los territorios de intervención directa. En ese sentido, se sugiera la siguiente formulación de meta SMART:

“Reducir en al menos 4 puntos porcentuales la tasa de embarazo adolescentes (menores de 19 años) en los municipios priorizados del proyecto al final de la intervención, tomando como línea base los datos consolidados de la gestión 2024”.

La viabilidad de alcanzar la meta es realista considerando que el proyecto REACH articula componentes de:

- Educación Integral en Sexualidad.
- Acceso efectivo a servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- Prevención de violencia sexual y fortalecimiento de sistemas de protección.
- Participación activa de adolescentes en procesos de sensibilización y capacitación.

El avance podrá ser monitoreado anualmente a través del SNIS-VE solicitando información desagregada por municipio y edad, permitiendo de esa manera analizar los cambios a nivel local.

4.2 Indicador 1000b Puntuación media del Índice de Empoderamiento de Mujeres y Niñas -WGEI

Línea base	Meta
46.01/100	Por Definir

El indicador 1000b según el Plan de Monitoreo y Evaluación Basado en Resultados del Proyecto REACH se refiere a la puntuación media del Índice de Empoderamiento de Mujeres y Niñas (WGEI, por sus siglas en inglés). Este indicador tiene como propósito principal medir el nivel de empoderamiento de las adolescentes y jóvenes mujeres, captando sus experiencias, percepciones y voces en relación con su autonomía y poder de decisión en diferentes esferas de la vida.

Este índice funciona como una herramienta analítica integral cuya utilidad será clave al momento de verificar si los resultados finales del proyecto están alineados con la teoría de cambio, que asume que el empoderamiento es un motor central para lograr avances sostenibles en salud, educación, participación y equidad.

El indicador 1000b permite monitorear los cambios cualitativos en el empoderamiento de las adolescentes y jóvenes a lo largo del proyecto. En ese sentido, el índice WGEI es un instrumento clave para medir no solo resultados técnicos, sino también sociales y de poder, fundamentales para lograr transformaciones sostenibles y equitativas en la vida de las adolescentes y jóvenes mujeres.

El WGEI es un índice compuesto que se estructura a partir de cinco dimensiones clave de análisis. Cada dimensión se construye a partir de un conjunto de preguntas que se califican con una puntuación específica. Posteriormente, se calculan puntajes por dimensión y posteriormente aplicando un sistema de promedios ponderados, dando más peso aquellas dimensiones que tienen

mayor relación con el alcance y los objetivos del proyecto para calcular el índice final, estandarizando en una escala de 0 a 100.

A continuación se describen las cinco dimensiones, preguntas y ponderaciones aplicadas:

Tabla 14 Dimensiones del Índice WGEI consideradas para el cálculo del Indicador 1000b

Dimensión	Descripción	Preguntas y Ponderaciones
Toma de decisión	Evalúa la capacidad de las adolescentes y jóvenes para ejercer su agencia y autonomía en distintas situaciones, especialmente en aquellas relacionadas con la salud, la sexualidad y la violencia. Esta dimensión es fundamental para comprender si las adolescentes están ejerciendo el derecho a decidir sobre su vida, o si existen barreras que limitan su voz y su capacidad de acción.	P18, P37, P50, P51 (Encuesta 12 a 14 años) P18.1, P18.4, P42, P55, P56 (Encuesta 15 a 28 años) Dimensión ponderada al 25%
Roles y responsabilidades	Esta dimensión evalúa la manera en que las adolescentes y jóvenes internalizan o desafían los estereotipos y mandatos de género tradicionales. Incluye variables que exploran si aceptan o no afirmaciones refuerzan expectativas de género rígidas, así como su percepción sobre los roles asignados socialmente a mujeres y hombres. Esta información es clave para identificar hasta qué punto las normas culturales condicionan sus oportunidades de desarrollo y su autonomía personal.	P14.1, P14.5, P16.2, P16.3, P16.6, P16.7 (Encuesta 12 a 14 años) P14.1, P14.5, P16.2, P16.3, P16.6, P16.7 (Encuesta 15 a 28 años) Dimensión ponderada al 18%
Normas sociales	Esta dimensión se enfoca en cómo las normas culturales y sociales influyen en la percepción de las adolescentes sobre su valor, sus derechos y sus relaciones. Analiza, por ejemplo, la aceptación o rechazo de estereotipos de género y creencias que normalizan la violencia contra las mujeres. Esta información permite identificar niveles de normalización de la desigualdad y la violencia y sirve para orientar intervenciones en el cambio de imaginarios sociales.	P15.1, P15.4, P16.6, P16.7 (Encuesta 12 a 14 años) P15.1, P15.4, P16.6, P16.7 (Encuesta 15 a 28 años) Dimensión ponderada al 18%
Acceso y control	Mide el nivel de acceso efectivo a SDR, así como la capacidad de las adolescentes para tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su salud. Las variables incluidas, exploran si han recibido información adecuada en centros de salud, y si tienen acceso a métodos anticonceptivos modernos. Esta dimensión también considera la disponibilidad de servicios preventivos ante ITS y embarazos no planificados.	P17, P25, P30 (Encuesta 12 a 14 años) P17.1 – P17.9, P25, P36 (Encuesta 15 a 28 años) Dimensión ponderada al 21%
Garantes de derecho	Analiza el papel de las instituciones, particularmente los servicios de salud, como garantes efectivos de los SDR de adolescentes y jóvenes. Incluye variables como: - La calidad percibida de la atención en centros de salud - La experiencia de recibir información adecuada sobre SDR	P30, P31.2, P32–P38 (Encuesta 12 a 14 años) P36, P36.3, P37 – P43 (Encuesta 15 a 28 años) Dimensión ponderada al 18%

	Esta dimensión ayuda a identificar brechas en la oferta pública y el grado en los garantes de derecho están cumpliendo su rol de garante de derechos desde un enfoque de juventudes y equidad de género.	
--	--	--

El cálculo del indicador se basa en el procesamiento de información primaria recolectada directamente a través de los instrumentos diseñados para adolescentes y jóvenes (CAJ06-G1 y CAJ06-G2). Este procedimiento permite medir el nivel de empoderamiento a través de un enfoque cuantitativo estandarizado que integra cinco dimensiones clave.

Paso 1: Aplicación del instrumento de recolección de datos

Se aplican los cuestionarios estructurados a adolescentes y jóvenes en las áreas de intervención y comunidades de control seleccionadas para la muestra.

Paso 2: Filtro y asignación de puntajes por pregunta

El indicador solo considera los resultados de participantes mujeres. Por ello, el cálculo se realiza filtrando en la base de datos mediante la Pregunta P4. Posteriormente, se suman los puntajes obtenidos en todas las preguntas correspondientes a una dimensión específica. Esta sumatoria representa el puntaje bruto por dimensión para cada participante.

Paso 3: Estandarización de puntajes

Con el fin de facilitar la compatibilidad entre dimensiones (que pueden tener diferente número de preguntas o escalas), los puntajes por dimensión se estandarizan en una escala común de 0 a 100. Esto se realiza aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Puntaje estandarizado} = \frac{\text{Puntaje obtenido}}{\text{Puntaje máximo posible}}$$

Este paso asegura que todas las dimensiones tengan el mismo rango de interpretación (de 0 a 100), donde 0 representa el menor nivel de empoderamiento posible y el 100 el máximo.

Paso 4: Aplicación de ponderaciones por dimensión

Cada dimensión tiene un peso específico dentro del índice, determinando por su relevancia analítica dentro del proyecto. Posteriormente se multiplica el puntaje estandarizado de cada dimensión por su ponderación correspondiente

Paso 5: Cálculo del puntaje final del indicador

Finalmente, se suman los puntajes ponderados de cada dimensión para obtener el Índice compuesto de empoderamiento (WGEI) por participante:

$$\text{Índice WGEI} = \sum_{i=1}^5 (\text{Puntaje estandarizado de dimensión}_i \times \text{Ponderación}_i)$$

Este valor final también se expresa en una escala de 0 a 100, donde una puntuación más alta indica un mayor nivel de empoderamiento.

Paso 6: Promedio general del grupo

El valor del indicador 1000b corresponde al promedio de los puntajes WGEI obtenidos por todas las adolescentes y jóvenes encuestadas por municipio y grupo etario.

$$\text{Indicador 1000b} = \frac{\sum_{j=1}^n WGEI}{n}$$

Este enfoque metodológico de cálculo asegura un análisis multidimensional, confiable y sensible a los contextos específicos de género, generacional y territorio. Además, el uso de ponderaciones permite resaltar las dimensiones consideradas estratégicas para el proyecto, como la Toma de Decisiones.

Para el análisis de los resultados del Indicador 1000b se aplicó una clasificación por rangos de empoderamiento basada en el Índice gemelo sobre el empoderamiento de las mujeres e igualdad de género de ONU Mujeres, la cual permite interpretar de manera más precisa los niveles de empoderamiento alcanzados por adolescentes y jóvenes en los distintos contextos. Esta escala clasifica los resultados en cinco niveles: bajo, medio-bajo, moderado, medio-alto y alto, en función del puntaje promedio obtenido en una escala de 0 a 100.

Tabla 15 Indicador 1000b Descripción de nivel de empoderamiento⁴²

Puntaje	Nivel de empoderamiento	Interpretación
0 – 19	Empoderamiento Bajo	Se observan grandes barreras en todas las dimensiones. Las mujeres y niñas tienen una participación mínima en la toma de decisiones y acceso a derechos.
20 – 39	Empoderamiento Medio – Bajo	Existen algunos avances, pero persisten fuertes desigualdades en los roles y responsabilidades, normas sociales y acceso a recursos.
40 – 59	Empoderamiento Moderado	Hay cierta autonomía y participación en la toma de decisiones, pero con limitaciones significativas en algunas dimensiones.
60 – 79	Empoderamiento Medio – Alto	Las mujeres y niñas ejercen mayor control sobre sus decisiones y derechos, aunque pueden enfrentar barreras en algunos aspectos.
80 – 100	Empoderamiento Alto	Se evidencia una plena autonomía en la toma de decisiones, acceso equitativo a recursos y derechos, y menor influencia de normas sociales restrictivas.

Asimismo, es importante resaltar que los datos analizados corresponden a la línea de base del proyecto, es decir, el punto de partida sobre el cual se evaluarán los avances y cambios esperados en los niveles de empoderamiento de adolescentes y jóvenes como resultado de las acciones de intervención. A su vez, los resultados del grupo de control representan el resultado promedio de comunidades fuera del área de intervención, incluido para contar con un parámetro comparativo objetivo, útil para evaluar el impacto diferencial de la intervención en el tiempo, lo que ayudará a

⁴² Elaboración propia en base a Los caminos hacia la igualdad: Índices gemelos sobre empoderamiento de las mujeres e igualdad de género, ONU Mujeres, 2023

diferenciar entre cambios atribuibles a la intervención y aquellos que podrían ser consecuencia de factores externos contextuales, lo que facilitará el análisis en evaluaciones futuras.

El **puntaje promedio total del indicador 1000b en los municipios de intervención es de 46.01/100**, lo que lo sitúa dentro del rango de empoderamiento moderado (40-59/100). Esto indica que, al inicio del proyecto, las adolescentes y jóvenes mujeres de los ocho municipios presentan ciertos niveles de autonomía y participación en la toma de decisiones, sin embargo, persisten limitaciones estructurales importantes en dimensiones como acceso a servicios, normas sociales y participación institucional.

El grupo de control muestra un puntaje muy similar: 46.50/100, también en rango moderado. Esta paridad inicial sugiere que las condiciones de empoderamiento entre zonas con y sin intervención son homogéneas al inicio, lo cual resulta clave para que cualquier mejora futura pueda atribuirse a los efectos del proyecto.

Tabla 16 Indicador 1000b Desagregación por departamento y grupo etario – Adolescentes y jóvenes mujeres

Municipio	12 a 14 años		15 a 18 años		19 a 28 años		Total Recuento	Total Promedio índice 1000b	C. Control	
	Recuento	Promedio índice 1000b	Recuento	Promedio índice 1000b	Recuento	Promedio índice 1000b			Recuento	Promedio índice
Chuquisaca	13	39.85%	9	51.11%	3	38.22%	25	42.29%	7	32.34%
Cochabamba	10	40.00%	4	41.16%	4	33.29%	18	39.61%	4	39.89%
Santa Cruz	13	38.76%	4	48.95%	12	57.85%	29	47.73%	10	53.31%
Tarija	10	43.32%	6	52.75%	7	58.45%	23	49.68%	5	47.63%
Total General	80	40.33%	39	48.51%	44	54.09%	163	46.01%	49	46.50%

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas a adolescentes y jóvenes, 2025

A nivel departamental, Santa Cruz (47.73/100) y Tarija (49.68/100) presentan los puntajes más altos del índice, posicionándolos en el rango de empoderamiento moderado. Esto sugiere que, al momento de la línea base, estos departamentos ofrecen condiciones relativamente más favorables para la autonomía de mujeres jóvenes, especialmente entre los 19 y 28 años. Chuquisaca (42.29/100) se encuentra en un nivel intermedio dentro del rango de empoderamiento moderado, y se observa un aumento considerable en el grupo de 15 a 18 años (51.11/100) lo cual indica oportunidades de fortalecimiento en esta etapa. Cochabamba (39.61/100) es el departamento con el puntaje promedio más bajo, situándose en el límite inferior del rango moderado, esto evidencia la necesidad de reforzar las estrategias de intervención en este departamento, especialmente para el grupo de 19 a 28 años, que presenta el índice más bajo (33.29/100).

Comparativamente, el grupo de control presenta puntajes más bajos en Chuquisaca y Cochabamba, pero superiores en Santa Cruz y Tarija. Esto refuerza la importancia de monitorear el impacto diferenciado de la intervención. Las diferencias observadas pueden atribuirse a una combinación de factores estructurales, socioculturales y económicos que varían significativamente en el contexto territorial. Además, la coexistencia de áreas urbanas y rurales con distintas prácticas culturales pueden generar variaciones en las oportunidades y roles asignados a las mujeres; mientras que en las zonas urbanas el acceso a educación y salud es más amplio, en las áreas rurales persisten limitaciones que afectan el empoderamiento de las adolescentes y jóvenes mujeres.

Tabla 17 Indicador 1000b Puntaje grupo etario – Adolescentes y jóvenes mujeres

Municipio	12 a 14 años		15 a 18 años		19 a 28 años		Total Recuento	Total Puntaje Promedio índice 1000b	C. Control	
	Recuento	Puntaje Promedio índice 1000b	Recuento	Puntaje Promedio índice 1000b	Recuento	Puntaje Promedio índice 1000b			Recuento	Puntaje Promedio índice
Aiquile	13	40.00	9	41.16	3	33.29	25	39.61	7	39.89
El Puente	10	42.87	4	47.85	4	49.33	18	45.42	4	52.76
El Torno	13	35.31	4	43.95	12	62.20	29	47.63	10	57.11
Padcaya	10	43.77	6	56.02	7	63.66	23	53.02	5	43.52
Porongo	5	31.93	3	56.13	6	52.85	14	46.08	6	55.68
Distrito 6	12	45.34	6	48.70	7	54.66	25	48.75	8	46.78
Tomina	5	33.73	5	51.35	1	55.20	11	43.69	5	34.11
Villa Serrano	12	42.40	2	50.49	4	33.97	18	41.43	4	30.14
Total General	80	40.33	39	48.51	44	54.09	163	46.01	49	46.50

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas a adolescentes y jóvenes, 2025

Los resultados revelan una heterogeneidad significativa entre municipios. Padcaya (53.02/100) destaca por ubicarse en el límite superior del rango moderado. Desde la línea de base, ya muestra un contexto más favorable para el empoderamiento, particularmente en jóvenes de 15 a 28 años. Los municipios de El Torno (47.63/100), Distrito 6 (48.75/100) y porongo (46.08/100) muestran condiciones intermedias, pero dentro del rango moderado que, indica la existencia de una base sobre la cual se pueden fortalecer las capacidades de las adolescentes y jóvenes. Por su parte, Tomina (43.69/100), El Puente (42.87/100) y Villa Serrano (41.63/100) presentan condiciones más frágiles, lo que sugiere barreras persistentes y la necesidad de definir estrategias de intervención diferenciadas, intensivas y adaptadas culturalmente. Finalmente, Aiquile (39.61/100) es el único municipio que se encuentra en el rango medio-bajo, lo cual marca una situación crítica en términos de desigualdad de género y acceso a derechos.

Respecto a los grupos etarios, las adolescentes de 12 a 14 años presentan el puntaje más bajo (40.33/100), en el límite del rango moderado. Este grupo muestra vulnerabilidad estructural significativa, lo que evidencia una escasa participación en la toma de decisiones y baja apropiación de derechos desde edades tempranas. En el grupo de 15 a 18 años (48.51/100) se observa una mejora relativa, lo que indica una progresiva apropiación de información y mayor interacción con servicios de salud y toma de decisiones. Los jóvenes de 19 a 28 años alcanzan el mayor puntaje (54.09/100), señalando un mayor nivel de autonomía, aunque aún con barreras. Estos resultados sugieren que existen oportunidades de empoderamiento que se dependen del contexto territorial y que se amplían con la edad.

A continuación, se presentan los resultados generales por dimensiones del Índice WGEI:

Tabla 18 Indicador 1000b Puntuación promedio por dimensión – Adolescentes y jóvenes mujeres

Dimensión	12 a 14 años	15 a 18 años	19 a 28 años	Promedio total
Toma de Decisiones	48.76	58.64	69.01	56.59
Roles y Responsabilidades	65.43	71.13	69.91	68.00
Normas Sociales	37.97	44.55	45.17	41.49
Acceso y Control	27.29	37.39	41.18	33.46
Garantes de Derecho	21.11	28.77	41.54	28.46
Promedio de Índice 1000b General	40.33	48.51	54.09	46.01
Promedio de Índice 1000b C. Control	38.39	50.58	58.37	46.50

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas a adolescentes y jóvenes, 2025

- **Toma de Decisiones (56.59/100):** Los puntajes escalan con la edad (48.76/100 en 12–14 años; 69.01/100 en 19–28 años), reflejando un crecimiento natural en la autonomía a medida que las jóvenes adquieren experiencias y recursos. Sin embargo, el bajo puntaje en el grupo más joven (48.76/100) sugiere que, en la adolescencia temprana, persisten barreras estructurales o familiares que limitan su capacidad para decidir. Este hallazgo resalta la urgencia de intervenciones que empoderen a las niñas desde etapas tempranas, cuestionando dinámicas de poder que restringen su agencia.
- **Roles y Responsabilidades (68.00):** Aunque es la dimensión mejor evaluada, su tendencia irregular (65.43 → 71.13 → 69.91) plantea interrogantes. El pico en el grupo de 15 a 18 años (71.13/100) podría indicar un momento de mayor cuestionamiento a los roles de género tradicionales, seguido de un retroceso en la juventud y adultez temprana (69.91/100), que puede atribuirse a las presiones sociales para ajustarse a expectativas como la maternidad o roles domésticos. Esto revela un ciclo de resistencia y adaptación a normas de género, donde las jóvenes oscilan entre la autonomía y la conformidad.
- **Normas Sociales (41.49/100):** Los puntajes bajos y estancados (37.97 → 44.55 → 45.17) señalan que las normas culturales que perpetúan la desigualdad están profundamente arraigadas. La mínima diferencia entre grupos etarios sugiere que estas creencias se internalizan temprano y persisten en la vida adulta. Por ejemplo, la normalización de la violencia de género o la aceptación de estereotipos podrían estar limitando la percepción de las jóvenes sobre su valor y derechos.
- **Acceso y Control (33.46/100):** Los resultados muestran una realidad preocupante, especialmente en adolescentes de 12 a 14 años (27.29/100). La mejora con la edad (41.18/100 en 19–28 años) se relaciona con mayor independencia para acceder a servicios de salud sexual, pero también refleja que las más jóvenes enfrentan obstáculos estructurales: estigma, falta de información confidencial o restricciones familiares. Esto no solo limita su salud, sino su capacidad para ejercer derechos básicos.

“Siendo realistas, para los adolescentes menores es bien complicado ir a un centro de salud por cosas de salud sexual o reproductiva. Te piden permisos, y eso hace que muchos prefieran no ir porque no quieren que sus papas se enteren. Además, no hay nada o muy poca confidencialidad; nosotros sabemos de casos donde las familias se han enterado y han armado problemas. Por eso, los que ya pueden viajar o los que salen a trabajar a otros lados, prefieren buscar información o atención sobre todo en municipios cercanos más grandes como Padilla o directamente en las ciudades donde pueden hacerlo sin que nadie se meta. Y para las mujeres es peor todavía” –
Adolescente participante en grupo focal, 17 años, hombre, Villa Serrano.

“Nosotros atendemos a menores de edad sin pedir permiso a los padres, pero generalmente eso se limita a brindar información. Cuando se trata de atención específica como tratamientos de ITS, métodos anticonceptivos (sobre todo para las jovencitas), casos de embarazo o incluso abortos, que sí hemos llegado a ver, es necesario que venga un adulto, ya sea el padre, la madre o alguien adulto. Esto se hace porque, si no, luego surgen problemas con las familia, y hemos tenido casos que terminan en procesos legales donde los profesionales de salud somos acusados.

Además, los jóvenes no vienen mucho al centro porque está dentro del hospital. Al estar esperando atención o al ingresar, sienten que los observan, y realmente es un problema porque hay personal, otros pacientes, incluso profesionales de salud que los identifican, los conocen, y no faltan los comentario. Todo esto complica la confidencialidad que se debe garantizar” –
Profesional de salud del Hospital, 27 años, hombre, Villa Serrano.

- **Garantes de Derechos (28.46/100):** La dimensión más crítica evidencia grandes desafíos institucionales. El puntaje en el grupo de 19 a 28 años (41.54/100), aunque mejor, sigue siendo bajo. Esto podría deberse a experiencias negativas en servicios de salud, como falta de privacidad, juicios morales o negación de métodos anticonceptivos. La desconfianza en las instituciones no solo afecta el bienestar de las adolescentes y jóvenes, sino que refuerza la idea de que el Estado no las protege, lo que perpetúa ciclos de vulnerabilidad.

Es importante ampliar el análisis de los resultados por dimensiones, la aparente contradicción de la dimensión “Toma de decisión (56.59/100)” y los resultados de las demás dimensiones no refleja una inconsistencia, sino la complejidad multifacética del empoderamiento. La dimensión mejor valorada mide la autopercepción de autonomía en ámbitos personales (salud, educación relaciones), donde las adolescentes y jóvenes pueden sentir cierto control sobre las decisiones inmediatas. Sin embargo, dimensiones como “Acceso y Control” o “Garantes de derechos” evalúan estructuras sistémicas – disponibilidad de servicios de salud sexual o calidad de la atención institucional–, que depende de factores externos y suelen ser más rígidos. Esto explica por qué las adolescentes pueden ejercer agencia en espacios íntimos mientras enfrentan barreras institucionales que limitan su capacidad para materializar derechos. Además, la ponderación del 25% para la primera dimensión amplifica su impacto en el índice, aunque no garantiza que la autonomía percibida se traduzca en acceso real a recursos, pero contribuye a medir posteriormente el impacto de las acciones que empoderen a las participantes del proyecto.

El contexto cultural y evolutivo juega un rol clave, La Toma de Decisión mejora con la edad, coincidiendo con la madurez y la independencia, mientras que dimensiones como Acceso y Control requieren servicios que, si son deficientes, no mejoran automáticamente con los años. Esto subraya que el empoderamiento no es lineal: las adolescentes y jóvenes desarrollan resiliencia individual en

entornos restrictivos, pero esto no basta para transformar sistemas que perpetúan desigualdades. La aparente paradoja, entonces, es un llamado a intervenciones integrales.

Según los resultados obtenidos que corresponden a la línea base, que muestran los desafíos estructurales previos a la intervención. Se sugieren las siguientes consideraciones:

- Establecer metas diferenciadas por municipio y grupo etario priorizando a Aiquile, Tomina y Villa Serrano, focalizando esfuerzos específicos para adolescentes de 12 a 14 años.
- Considerar la importancia de la integralidad y el impacto de transformar estructuras priorizando dimensiones con brechas profundas como Garantes de Derechos , Acceso y Control que requieren cambios sistémicos.

En ese sentido, se sugiera la siguiente formulación de meta SMART:

“Al finalizar el proyecto, el índice WGEI del grupo de intervención alcanzará 60 puntos, con un aumento del 35% en Acceso y Control, y 25% en Garantes de Derecho, superando al grupo de control en 10 puntos”.

4.3 Indicador 1100a Porcentaje de AJM que toman decisiones adecuadas sobre su SDSR

Línea base	Meta
49.63%	Por Definir

El indicador 1100a según el Plan de Monitoreo y Evaluación Basado en Resultados del Proyecto REACH evalúa la capacidad de las adolescentes y jóvenes mujeres para tomar decisiones informadas y autónomas en dos ámbitos: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y Protección frente a la violencia. Su objetivo es cuantificar hasta qué punto las AJM ejercen control sobre aspectos que impactan directamente en su bienestar físico, emocional y social, identificando brechas en su autonomía. Ambas dimensiones, al integrarse en el indicador, permiten identificar no solo comportamientos individuales, sino también barreras estructurales que limitan el ejercicio de la toma de decisión de las adolescentes y jóvenes.

En ese sentido, es importante puntualizar las diferencias existentes entre los resultados de este indicador y los resultados de la dimensión “Toma de decisión” que mide la percepción subjetiva de autonomía, donde las adolescentes y jóvenes pueden sentir control sobre decisiones. Sin embargo, el indicador 1100a evalúa acciones específicas en contextos críticos (SDSR y Protección) donde factores estructurales limitan su capacidad para traducir esa autonomía percibida en decisiones informadas y efectivas. El indicador 1000b capta una sensación de empoderamiento, el 1100a expone fallas sistémicas, por ejemplo, una joven puede sentirse capaz de decidir sobre su cuerpo, pero enfrentar estigma al buscarlo, lo que reduce su capacidad real para tomar decisiones adecuadas.

Además, el indicador 1100a aplica un umbral de corte estricto (50-70 puntos) para definir “decisión adecuada”, lo que revela que incluso pequeñas brechas en conocimiento o recursos pueden dejar a las adolescentes y jóvenes por debajo del estándar mínimo. También incluye aspectos como la

identificación de violencia o el uso de anticonceptivos, áreas donde persisten tabúes culturales y desigualdades de género.

Por tanto, los resultados no son contradictorios, sino reveladores. Pues muestran que, aunque las jóvenes desarrollan una autopercepción positiva de su autonomía, esta no garantiza acciones efectivas en contextos donde intervienen normas sociales, servicios deficientes o falta de información. De esta manera para cerrar esta brecha, se sugiere que las acciones combinen acciones de fortalecimiento y empoderamiento de las adolescentes y jóvenes con acciones concretas que permitan la mejora del acceso a servicios de salud sexual, combatir la normalización de la violencia y fortalecer a las instituciones garantes de derechos.

Tabla 19 Indicador 1100a Definición de dimensiones

Dimensión	Descripción	Preguntas
Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos	Analiza la autonomía de las adolescentes y jóvenes en decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva, centrándose en prácticas seguras e informadas. Abarca su capacidad para mantener relaciones consentidas, el uso efectivo de métodos anticonceptivos modernos, la libertad para elegir métodos anticonceptivos y la participación activa en decisiones sobre su cuerpo. Su objetivo es evaluar si ejercen control pleno sobre su salud, garantizando que sus elecciones estén basadas en información, derechos y acceso a recursos.	PI8.1 – PI8.3 (Encuesta 12 a 14 años) P30, P31, P33, P34, P35, P50 (Encuesta 15 a 28 años)
Protección	Esta dimensión evalúa cómo las adolescentes y jóvenes mujeres identifican, enfrentan y buscan apoyo ante situaciones de violencia, así como su postura frente a la normalización de agresiones. Incluye su capacidad para reconocer actos violentos, las acciones concretas que toman al enfrentarlos, su acceso a servicios de salud y denuncia. Su objetivo es determinar si cuentan con herramientas para romper ciclos de violencia y acceder a redes de apoyo efectivas.	P50 – P54 (Encuesta 12 a 14 años) P55 – P59 (Encuesta 15 a 28 años)

El cálculo del indicador se basa en el procesamiento de información primaria recolectada directamente a través de los instrumentos diseñados para adolescentes y jóvenes (CAJ06-G1 y CAJ06-G2). Este procedimiento permite medir el nivel de empoderamiento a través de un enfoque cuantitativo estandarizado que integra dos dimensiones clave.

Paso 1: Aplicación del instrumento de recolección de datos

Se aplican los cuestionarios estructurados a adolescentes y jóvenes en las áreas de intervención y comunidades de control seleccionadas para la muestra.

Paso 2: Calificación de preguntas por dimensión

Cada pregunta dentro de una dimensión se califica según una escala preestablecida

Paso 3: Estandarización de puntajes

Con el fin de facilitar la comparativa entre dimensiones (que pueden tener diferente número de preguntas o escalas), los puntajes por dimensión se estandarizan en una escala común de 0 a 100. Esto se realiza aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Puntaje estandarizado} = \frac{\text{Puntaje obtenido}}{\text{Puntaje máximo posible}}$$

Este paso asegura que todas las dimensiones tengan el mismo rango de interpretación (de 0 a 100), donde 0 representa la toma de decisiones inadecuadas o inexistentes y el 100 el máximo o toma de decisiones adecuadas e informadas.

Paso 4: Cálculo promedio por dimensión

Para cada dimensión, se suman las calificaciones de todas sus preguntas y se dividen entre el número total de preguntas en esa dimensión.

Paso 5: Cálculo del promedio general de dimensiones

Se promedian los resultados de todas las dimensiones

$$\text{Promedio genral} = \frac{\text{Suma de promedios de dimensiones}}{\text{Número de dimensiones}}$$

Paso 6: Análisis de resultados mediante el umbral del 50

El promedio general se compara con el umbral del 50%

- Si el resultado es **≥50%**: Se considera que las adolescentes/jóvenes se encuentra por encima de los niveles de satisfacción mínimos
- Si el resultado **<50%**: No se alcanza el estándar mínimo

Tabla 20 Indicador 1100a Descripción de rangos de análisis de los resultados

Umbral	Interpretación
Menor a 50%	Las decisiones informadas y responsables son limitadas o inexistentes, lo que evidencia barreras críticas como falta de acceso a información veraz, estigma o servicios inadecuados. En estos casos, es prioritario fortalecer estrategias de orientación, garantizar recursos accesibles y combatir mitos que perpetúen la desinformación.
Entre 50 -70%	Se observa un nivel intermedio: aunque existe cierta capacidad para tomar decisiones, persisten brechas en conocimientos o acceso a herramientas clave. En esos casos, se recomienda reforzar la educación integral en sexualidad, promover servicios amigables y fomentar entornos seguros para consultas sin juicios.
Mayor a 70%	La toma de decisiones es consistente y autónoma, reflejando un acceso robusto a información de calidad, recursos sanitarios y apoyo comunitario. Este nivel sirve como meta a alcanzar, destacando la importancia de mantener políticas sostenibles que aseguren la continuidad de estos logros y atiendan necesidades emergentes

Los datos de línea de base reflejan el porcentaje de adolescentes y jóvenes mujeres (AJM) que alcanzan un umbral mínimo de decisiones informadas y autonomía en Salud Sexual y Reproductiva (SDSR) y protección, diferenciando entre grupos etarios y zonas de intervención como las de control.

Tabla 21 Indicador 1100a por dimensiones y grupo etario – Adolescentes y jóvenes mujeres

Dimensión	12 a 14 años	15 a 18 años	19 a 28 años	Promedio Total
Salud Sexual y Reproductiva	46.25%	56.25%	60.09%	54.20%
Protección	27.51%	35.98%	35.01%	32.83%
Promedio de Índice 1100a General	21.25%	75.00%	52.63%	49.63%
Promedio de índice 1100a C. Control	19.23%	100.00%	42.45%	54.90%

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas a adolescentes y jóvenes, 2025

La dimensión Salud Sexual y Reproductiva obtuvo un promedio total de 54,20% que implica que casi la mitad de las AJM no toman decisiones informadas. Existe una mejora progresiva con la edad (46.25% en 12-14 años → 60.09% en 19-28 años) sugiere que el acceso a información y servicios aumentan con la madurez, pero persisten brechas críticas en la adolescencia temprana, donde más del 50% no logra obtener decisiones adecuadas. Esto podría relacionarse con la falta de educación integral en sexualidad en escuelas primarias o tabúes familiares.

La dimensión Protección confirma un contexto alarmante donde 2 de cada 3 AJM no toman decisiones adecuadas para protegerse de violencias. Los porcentajes son alarmantemente bajos en todos los grupos, incluso en jóvenes, lo que evidencia normalización de violencia, desconocimiento de redes de apoyo o desconfianza en instituciones. El leve aumento en el grupo de 15-18 años (35,98%) no compensa la gravedad del problema, especialmente en un rango etario vulnerable a abusos en relaciones tempranas.

Los resultados generales del indicador 1100a es del 49,63%. En el grupo etario de 12 a 14 años (21,25%) solo 1 de cada 5 adolescentes toma decisiones con limitaciones, lo que refleja vulnerabilidades extremas en una etapa clave para prevenir embarazos no planificados o violencia. El grupo de 15 a 18 años (75,00%) muestra que, aunque hay un avance respecto al grupo de adolescentes jóvenes anterior, **solo hay 4 personas sexualmente activas**, señalamos que este análisis se debe interpretar con cautela, pues sesga el resultado global por la naturaleza del cálculo⁴³, en ese sentido, existe la necesidad de reforzar programas en secundaria, pues aun cuando 3 de 4 personas toman decisiones informadas, un hay margen de mejora para promover y reforzar los conocimientos en esta área.

Dentro de las jóvenes de 19 a 28 años, casi la mitad de ellas no logra decisiones autónomas, posiblemente por barreras como acceso limitado a servicios de salud o presión social para aceptar roles de género restrictivos.

La mayor capacidad en SDSR (vs Protección) indica que las AJM internalizan mejor su derecho a gestionar su salud sexual, pero no logran aplicarlo para protegerse de violencias.

⁴³ Cálculo en base a la solicitud de aplicación de filtros y umbrales por parte del equipo técnico de Plan Internacional Bolivia.

Los resultados a nivel municipal se muestran a continuación.

Tabla 22 Resultados del Indicador 1100a en adolescentes de 12 a 14 años

Municipio	Recuento	SDSR	Protección	Promedio 1100a	C. Control Promedio 1100a
Aiquile	13	56.84%	25.96%	23.08%	0.00%
El Puente	10	23.33%	34.09%	10.00%	0.00%
El Torno	13	40.17%	21.33%	7.69%	40.00%
Padcaya	10	46.67%	29.62%	20.00%	0.00%
Porongo	5	60.00%	23.41%	40.00%	100.00%
Distrito 6	12	46.76%	26.23%	16.67%	25.00%
Tomina	5	48.89%	31.82%	20.00%	0.00%
Villa Serrano	12	52.78%	29.83%	41.67%	0.00%
Total general	80	46.25%	27.51%	21.25%	19.23%

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas a adolescentes y jóvenes, 2025

Los resultados evidencian marcadas diferencias entre municipios en la capacidad de las adolescentes y jóvenes para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva y protección. En el grupo de 12-14 años, municipios como Porongo (60.00% en SSR) y Aiquile (56.84%) muestran avances en acceso a información, aunque enfrentan desafíos críticos en protección (23.41% y 25.96%, respectivamente). En contraste, El Puente (23.33% en SSR) y El Torno (21.33% en protección) reflejan desinformación y exposición a riesgos, destacando la necesidad de intervenciones focalizadas. A nivel general, el promedio en SSR (46.25%) supera al de protección (27.51%), confirmando que las adolescentes gestionan mejor su salud sexual que su seguridad ante violencias.

Tabla 23 Resultados del Indicador 1100a en adolescentes y jóvenes por grupo etario y municipio

Municipio	15 a 18 años		19 a 28 años		Total Recuento Sexualmente Activas	Total Promedio 1100a	C. Control Total Promedio 1100a
	Recuento Sexualmente Activas	Promedio 1100a	Recuento Sexualmente Activas	Promedio 1100a			
El Puente	1	100.00%	1	100.00%	2	100.00%	100%
El Torno	No Aplica	No Aplica	9	55.56%	9	55.56%	75%
Padcaya	No Aplica	No Aplica	2	50.00%	2	50.00%	No Aplica
Porongo	No Aplica	No Aplica	2	50.00%	2	50.00%	25%
Distrito 6	2	100.00%	4	50.00%	6	66.67%	33%
Tomina	1	0.00%	No Aplica	No Aplica	1	0.00%	No Aplica
Villa Serrano	No Aplica	No Aplica	1	0.00%	1	0.00%	No Aplica
Total general	4	75.00%	19	52.63%	23	56.52%	50.00%

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas a adolescentes y jóvenes, 2025

En el grupo de 15-28 años, se observa una mejora moderada con la edad, aunque persisten brechas. Municipios como Distrito 6 (66.67%) y El Puente (100.00%) lideran en SSR entre adultas jóvenes, mientras Villa Serrano (0.00%) y Tomina (0.00%) presentan porcentajes críticos, sugiriendo

vulnerabilidades extremas. Sin embargo, la escasez de datos en protección para este grupo limita un análisis integral, lo que subraya barreras estructurales como acceso limitado a servicios o presión social.

*“Es urgente coordinar esfuerzos entre instituciones públicas, comunidades y organizaciones para desarrollar acciones que permitan a las adolescentes tomar decisiones informadas y acertadas sobre su sexualidad. El problema es que el estupro está tan normalizado en nuestra sociedad que muchas veces ni siquiera se percibe como algo grave, y esto incluye a las propias adolescentes, quienes crecen en un entorno cultural que justifica estas actitudes. Además, hoy en día las redes sociales han agravado esta situación con tendencias como la de los ‘sugar daddys’ que refuerzan esta normalización y exponen a las jóvenes a relaciones desiguales y riesgosas. Necesitamos trabajar en educación, sensibilización y protección para cambiar estas dinámicas y garantizar que las adolescentes ejerzan sus derechos plenamente. – **Secretaría de Desarrollo Humano – Unidad de Género, 34 años, mujer, Padcaya***

Las consideraciones para el establecimiento de metas para este indicador dado que el umbral mínimo para considerar una “decisión adecuada” es del 50%, la meta final debe superar este estándar. Sin embargo, dada el contexto de las zonas de intervención y la correlación de la incidencia de las instituciones garantes de derechos para la toma de decisiones efectiva, se sugiere un monitoreo de hitos semestrales para ajustar estrategias según el avance. Además la priorización en la dimensión de Protección.

En ese sentido, se sugiera la siguiente formulación de meta SMART:

“Incrementar el porcentaje del 49,63% al 60% hasta finalizar el proyecto, priorizando la dimensión de Protección (de 32,83% a 50%) y grupos de 12 a 14 años (de 21,25% a 55%), mediante el fortalecimiento de educación integral en sexualidad en los centros educativos, el acceso a métodos anticonceptivos modernos y redes comunitarias contra violencias”.

Este enfoque permitirá que las metas sean medibles, contextualizadas y enfocadas en cerrar brechas, transformando el empoderamiento percibido en acciones concretas.

4.4 Indicador 1100b Porcentaje de AJM con acceso adecuado a recursos y servicios de SDR

Línea base	Meta
17,18%	Por Definir

Este indicador mide la proporción de adolescentes y jóvenes mujeres (AJM) que han tenido acceso adecuado a recursos y servicios de SDR durante el último año. Su objetivo es evaluar la accesibilidad y utilización real de estos servicios, considerando tanto la iniciativa de las adolescentes y jóvenes para acudir a centros de salud como los esfuerzos del sistema para llegar a poblaciones con barreras geográficas, sociales o culturales.

Se entiende por acceso adecuado al acceso físico a la disponibilidad de servicios en centros de salud cercanos o mediante visitas domiciliarias, el acceso efectivo como la utilización real de los servicios por parte de las AJM, superando obstáculos como estigma, falta de información o recursos económicos, y la calidad percibida en relación a la confianza en la atención recibida, incluyendo

confidencialidad, trato respetuoso y sensible al género como a la edad. El indicador sirve para identificar brechas, detecta zonas o grupos donde el acceso a SDSR es limitado, convirtiéndose en una herramienta clave para traducir la disponibilidad teórica de servicios en acceso real.

Al respecto es importante mencionar la existencia del Programa Atención Diferenciada de Adolescentes (AIDA) que es una iniciativa del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia⁴⁴, implementada en colaboración de organismos de cooperación internacional, para ofrecer servicios de salud gratuitos y especializados a adolescentes de 10 a 19 años. El Programa inició en 2022 con 70 centros, incrementando a 147 en 2023 y alcanzando 247 establecimientos de salud certificados como AIDA en agosto de 2024, y en septiembre de 2024 se sumaron 115 centros adicionales, totalizando 362 establecimientos certificados a nivel nacional⁴⁵. Están distribuidos principalmente en los departamentos de Oruro, Potosí, La Paz, Beni, Cochabamba, mientras que Santa Cruz y Tarija tiene menor cobertura.

Los centros AIDA ofrecen atención en salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos modernos, prevención de ITS/VIH, nutrición, salud mental y prevención de violencia. Los estándares de certificación incluyen el cumplimiento de 9 indicadores de calidad, como accesibilidad, confidencialidad, disponibilidad de métodos anticonceptivos, capacitación del personal y retroalimentación de los adolescentes.

Durante las visitas presenciales a los municipios de intervención, se ha identificado que existen centros AIDA en los centros poblados y en algunos casos en los centros de salud con internación. Sin embargo, a pesar de los avances en la implementación, persisten desafíos estructurales que limitan su ejecución plena. Como mencionaron los responsables de salud durante las entrevistas, el sector salud enfrenta un “abandono progresivo” por parte de las autoridades, agravado por recortes presupuestarios recurrentes en los diferentes niveles (nacional, departamental y municipal).

Además, en regiones como Santa Cruz y el oriente boliviano, la priorización de emergencias sanitarias, como el control del dengue, la malaria e influenza, ha desviado recursos críticos. En 2025, se destinaron fondos significativos a la red de líderes clínicos y vigilancia epidemiológica para dengue, incluyendo la capacitación de 292 profesionales en 84 municipios endémicos, mientras que programas como AIDA en estas zonas registran cobertura limitada. Aunque actores internacionales como UNFPA, KOICA y Plan International han apoyado la expansión de AIDA, los esfuerzos son insuficientes ante la falta de sostenibilidad financiera local, que se convierte en una de los principales factores que dificultan la ejecución plena de este programa.

“Sobre AIDA sabemos que trabajan con las redes de jóvenes pero nos ha llamado la atención que se ha pedido consentimientos de adultos para la atención y se ha limitado en ocasiones el límite de edad para atender a los menores, incluso en algún momento los estudiantes nos han comentado que se es un servicio muy burocrático y que incluso han solicitado cobros. Por esa

⁴⁴ Ministerio de Salud y Deportes. (2024, septiembre 5). *Gobierno nacional fortalece la atención integral en salud para adolescentes y jóvenes con la disponibilidad de 247 servicios AIDA*. <https://www.minsalud.gob.bo/8298-gobierno-nacional-fortalece-la-atencion-integral-en-salud-para-adolescentes-y-jovenes-con-la-disponibilidad-de-247-servicios-aida>

⁴⁵ Ministerio de Salud y Deportes. (2024, septiembre 26). *Ministerio de Salud certifica 115 establecimientos por implementar servicios de atención integral de adolescentes – AIDA*. <https://minsud.gob.bo/8323-ministerio-de-salud-certifica-115-establecimientos-por-implementar-servicios-de-atencion-integral-de-adolescentes-aida>

razón se ha activado el Gabinete de Atención Integral con Estudiantes (GAIE) que actualmente funciona con voluntarios y eso es muy limitante porque como no perciben salarios no sabemos cuándo atienden o no. Es necesario hacer muchos ajustes” – Representante del sector educativo, 50 años, hombre, Villa Serrano.

“Tenemos el AIDA, hacemos lo mejor que podemos con lo que tenemos...pero también hay mucha limitación en recursos y presupuesto. Para empezar no sé cómo será en otros centros pero generalmente, hasta donde yo sé, el personal que atiende es del mismo centro de salud porque no podemos cubrir otro ítem específico que atienda solo el AIDA. Además la afluencia no es tan grande y por eso mismo nos dicen que no justifica tener ese personal. También es importante decir que la carga que tenemos es grande, sobre todo los centros del área rural que debemos atender a los diferentes programas y hacer visitas comunitarias” – Representante del sector salud, 33 años, mujer, Tomina – Tarabuquillo.

El cálculo del indicador se basa en el procesamiento de información primaria recolectada directamente a través de los instrumentos diseñados para adolescentes y jóvenes (CAJ06-G1 y CAJ06-G2).

Paso 1: Aplicación del instrumento de recolección de datos

Se aplican los cuestionarios estructurados a adolescentes y jóvenes en las áreas de intervención y comunidades de control seleccionadas para la muestra.

Paso 2: Criterio de inclusión

Se identifican AJM que respondieron afirmativamente a la pregunta acerca si acudieron durante el último año a un centro de salud.

Paso 3: Criterio de inclusión

Se identifican AJM que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior y en su visita a los centros de salud para recibir servicios sobre salud sexual y reproductiva, orientación en sexualidad o especialidades relacionadas como ginecología.

Paso 4: Calificación de preguntas por dimensión

Cada pregunta se califica según una escala preestablecida

Paso 5: Estandarización de puntajes

Los puntajes por dimensión se estandarizan en una escala común de 0 a 100. Esto se realiza aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Puntaje estandarizado} = \frac{\text{Puntaje obtenido}}{\text{Puntaje máximo posible}}$$

Este paso asegura que todas las dimensiones tengan el mismo rango de interpretación (de 0 a 100), donde 0 representa a AJM que no acceden a servicios SDR y 100 el acceso efectivo a servicios SDR

Paso 6: Cálculo del indicador

$$\text{Indicador 1100b} = \frac{\text{Número de AJM que asistieron un centro de salud y accedieron a servicios SDRS}}{\text{Número total de AJM encuestadas}}$$

Tabla 24 Resultados del Indicador 1100b en adolescentes y jóvenes por grupo etario

Municipio	12 a 14 años		15 a 18 años		19 a 28 años		Total Recuento	Total índice 1100b >50%	C. Control	
	Recuento	índice 1100b >50%	Recuento	índice 1100b >50%	Recuento	índice 1100b >50%			Recuento	Índice >50%
Aiquile	13	7.69%	9	0.00%	3	0.00%	25	4.00%	7	42.86%
El Puente	10	10.00%	4	25.00%	4	25.00%	18	16.67%	4	25.00%
El Torno	13	0.00%	4	0.00%	12	41.67%	29	17.24%	10	40.00%
Padcaya	10	0.00%	6	33.33%	7	42.86%	23	21.74%	5	20.00%
Porongo	5	0.00%	3	0.00%	6	33.33%	14	14.29%	6	66.67%
Distrito 6	12	8.33%	6	33.33%	7	42.86%	25	24.00%	8	12.50%
Tomina	5	0.00%	5	40.00%	1	0.00%	11	18.18%	5	20.00%
Villa Serrano	12	16.67%	2	50.00%	4	25.00%	18	22.22%	4	0.00%
Total General	80	6.25%	39	20.51%	44	34.09%	163	17.18%	49	30.61%

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas a adolescentes y jóvenes, 2025

Los resultados reflejan desafíos estructurales en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SDSR) para adolescentes y jóvenes mujeres (AJM), incluso en municipios con intervención. El grupo de 12-14 años muestra los porcentajes más críticos, con un promedio de 6.25% en acceso adecuado, destacando municipios como El Torno y Padcaya con 0%. Esto coincide con testimonios recogidos en visitas a centros AIDA, donde se exige consentimiento de adultos para atender a menores de edad, contradiciendo el enfoque diferenciado que promueve la confidencialidad y autonomía desde los 10 años. Estas barreras administrativas, sumadas al estigma familiar y la falta de educación sexual temprana, explican la brecha en este grupo etario.

En el grupo de 15-18 años, aunque el promedio aumenta a 20.51%, persisten disparidades: Villa Serrano alcanza un 50%, mientras Porongo y El Torno registran 0%. Este avance moderado podría relacionarse con mayor independencia para acudir a centros de salud, pero la exigencia de permisos sigue limitando a quienes dependen de tutores. Además, en municipios como Tomina, aunque se logra un 40% en este rango, el acceso colapsa a 0% en el grupo de 19-28 años, sugiriendo que las jóvenes abandonan los servicios al enfrentar nuevas barreras en la adultez.

Un aspecto preocupante es la baja asistencia de las AJM a los centros de salud sexual, que se evidencian en los resultados del indicador. Esto se explica por una combinación de barreras estructurales, socioculturales y operativas. En municipios como El Torno, cercanos a centros urbanos, las AJM prefieren acudir a servicios especializados para preservar su confidencialidad, evitando el

estigma asociado a la atención en centros de su municipio donde podrían ser reconocidas por vecinos o familiares. Este fenómeno se agrava por la exigencia de permisos o consentimientos de adultos para atender a menores de edad en centros AIDA. Durante visitas de campo, se identificó que esta práctica disuade a las adolescentes de buscar servicios, especialmente en temas sensibles como anticoncepción o prevención de violencia, por temor a represalias familiares o juicios sociales.

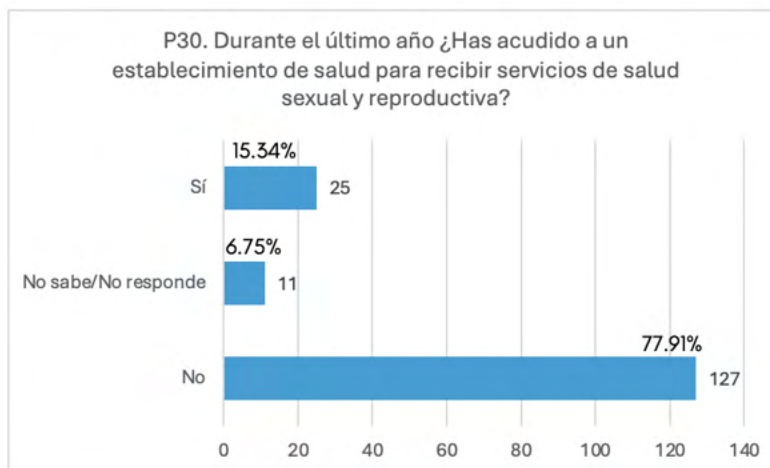
Además, la percepción de baja calidad en los servicios públicos influye en la decisión de las AJM. En El Torno, aunque existen centros AIDA certificados, hay reportes de desabastecimiento de métodos anticonceptivos modernos (ej: implantes subdérmicos) y falta de personal capacitado para abordar necesidades específicas de adolescentes. Esto contrasta con la oferta de clínicas privadas en zonas urbanas cercanas, que, pese a su costo, son percibidas como más discretas y eficientes. Esta migración hacia servicios privados explica por qué, pese a la proximidad geográfica a la ciudad, los centros locales registran solo 41.67% en 19-28 años, donde las jóvenes tienen mayor independencia económica para costear alternativas.

En los grupos focales y encuestas, adolescentes mencionaron que evitan acudir a centros de salud por miedo a ser etiquetadas como "sexualmente activas" o "problemáticas", un riesgo mayor en municipios pequeños donde la vida privada se entrelaza con dinámicas sociales. Esto se refleja en resultados como el 6.25% de acceso en 12-14 años, grupo que depende casi por completo de la aprobación familiar para buscar servicios.

"En municipios chicos, o en barrios como aquí, ir al centro de salud es un problema para nosotras. Si vas, ya empiezas a decir que sos 'activa' o que sos 'problemática', y esos comentarios se riegan rápido porque todos se conocen de alguna manera. Por eso muchas prefieren no ir, aunque lo necesiten. Además, las más peladitas, ni pueden ir solas porque dependen de sus papás les den permiso, y eso casi nunca pasa porque ni siquiera saben que ya tienen cortejo" – **Adolescente participante de grupo focal, 16 años, mujer, Santa Cruz**

Como se puede ver en la siguiente gráfica, el porcentaje de adolescentes que acudieron a este servicio es mínimo.

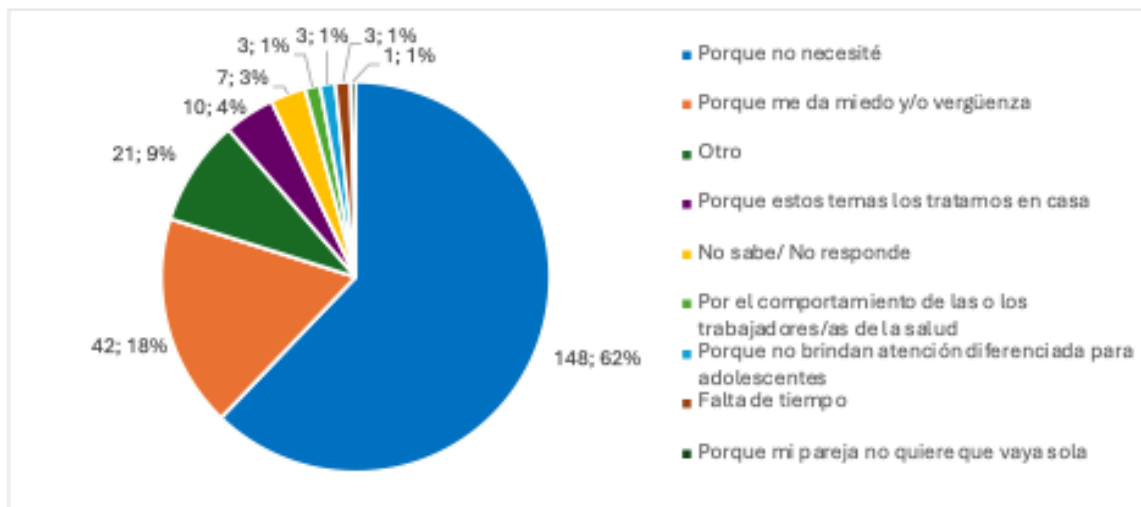
Gráfico 2 Porcentaje de AJM que visitaron centros de salud para recibir servicios SDR



Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas a adolescentes y jóvenes, 2025

Los datos revelan que el 77.91% de las adolescentes y jóvenes mujeres (AJM) no acudieron a centros de salud porque “no lo necesitaron”, lo que sugiere una falta de percepción de necesidad vinculada al desconocimiento sobre la importancia de servicios preventivos (chequeos de ITS, anticoncepción regular) o acceso a información. Este porcentaje alarmante refleja una brecha crítica en educación integral en sexualidad, donde las AJM subestiman riesgos o normalizan prácticas sin seguimiento médico.

Gráfico 3 Distribución de AJM según razones por las cuales no acudió a centros de salud para recibir servicios SDSR



Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas a adolescentes y jóvenes, 2025

Adicionalmente, se consultó sobre la razón por la cual no acudieron a los centros de salud. El 18% mencionó miedo o vergüenza, un factor ligado al estigma social y cultural alrededor de la salud sexual, especialmente en municipios con familias que mantienen prácticas conservadoras. Esta barrera se agrava en contextos donde se exige el consentimiento de adultos para atender a menores, lo que desincentiva la búsqueda de servicios por temor a ser descubiertas o juzgadas. Adicionalmente el 1% señaló el comportamiento del personal de salud, evidenciando casos de trato discriminatorio o falta de confidencialidad, que refuerzan la desconfianza en el sistema público.

Las limitaciones estructurales también son relevantes:

- **Falta de atención diferenciada (1%):** Centros que no adaptan horarios, espacios o protocolos para adolescentes, ignorando sus necesidades específicas.
- **Control de la pareja (1%):** Restricciones impuestas por parejas, común en relaciones con dinámicas de poder desiguales, que limitan la autonomía de las jóvenes.
- **Falta de tiempo (1%):** Vinculado a responsabilidades domésticas, académicas o laborales, especialmente en zonas rurales donde el acceso a centros requiere desplazamientos largos.

El 4% que aborda estos temas en casa podría indicar una falsa sensación de seguridad, donde las familias tratan temas de salud sexual de forma superficial o con enfoques morales, sin sustituir la asesoría profesional. Por último, el 9% en "Otro" incluiría factores no especificados, como falta de

transporte, costos indirectos (ej: medicamentos no cubiertos) o desinformación sobre ubicación de centros.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un abordaje multifactorial, combinando educación, accesibilidad y calidad en los servicios, para transformar la percepción y uso real de los recursos de SDR entre las adolescentes y jóvenes.

4.5 Indicador 1100c Porcentaje de AJM que utilizan actualmente, o cuya pareja sexual utiliza, al menos un método anticonceptivo

Línea base	Meta
86.96%	Por Definir

Este indicador mide la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes y jóvenes mujeres (AJM) sexualmente activas, considerando tanto su propio uso como el de sus parejas. Su objetivo es evaluar la adopción de prácticas de planificación familiar, prevención de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS) en este grupo poblacional.

La medición incluye métodos modernos (ej: preservativos, píldoras, implantes, DIU) y tradicionales (ej: método del ritmo, retiro), aunque se prioriza la promoción de los primeros por su mayor eficacia.

El cálculo del indicador se basa en el procesamiento de información primaria recolectada directamente a través del instrumento diseñado para adolescentes y jóvenes (CAJ06-G2).

Paso 1: Aplicación del instrumento de recolección de datos

Se aplican los cuestionarios estructurados a adolescentes y jóvenes en las áreas de intervención y comunidades de control seleccionadas para la muestra.

Paso 2: Criterio de inclusión

Se identifican AJM que respondieron afirmativamente a la pregunta sobre actividad sexual (sí son o no activas sexualmente)

Paso 3: Criterio de inclusión

Se identifican AJM que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior y se filtran a las participantes que utilizan anticonceptivos o sus parejas o hacen.

Paso 4: Cálculo del indicador

$$\text{Indicador 1100c} = \frac{\text{Número de AJM que utilizan anticonceptivos (o su pareja)}}{\text{Número total de AJM sexualmente activas}} \times 100$$

El resultado general de Línea de base 86,96% de uso de anticonceptivos en AJM sexualmente activas podría interpretarse como un avance significativo, pero su interpretación debe tomarse con cautela y prudencia debido a factores culturales que pudieran sesgar la representatividad de los datos. La submuestra considerada es mínima, debido a los criterios de inclusión aplicados (14% de las AJM participantes en el estudio), lo que refleja no solo un desafío estadístico, sino barreras profundas en la recolección de información sobre sexualidad en contextos donde el tema sigue siendo tabú.

La escasa participación de adolescentes y y jóvenes mujeres (AJM) sexualmente activas en la encuesta está directamente vinculada a estigmas socioculturales: muchas evitan reconocer su actividad sexual por miedo a ser juzgadas o señaladas. Este temor se agrava en zonas de intervención con normas conservadoras, donde abordar temas de salud sexual se percibe como inapropiado o moralmente cuestionable. Además, la exclusión deliberada de la pregunta para el grupo de 12 a 14 años —por solicitud de equipos locales que anticiparon rechazo de padres/madres al considerar el tema "no apto" para menores— redujo aún más la muestra relevante, omitiendo a un segmento vulnerable que podría estar expuesto a riesgos sin acceso a anticoncepción.

La presión cultural también explica la posible subestimación de la actividad sexual. En entrevistas, profesionales reportaron que algunas AJM niegan su vida sexual activa por temor a que las respuestas lleguen a sus familias, incluso bajo garantías de confidencialidad. Esto sugiere que el porcentaje real de AJM sexualmente activas podría ser mayor, pero los datos no lo capturan por la autocensura.

Tabla 25 Indicador 1100c Resultados por género, grupo etario y municipio

Departamento / Municipio	Hombre						Mujer					
	15 a 18 años		19 a 28 años		Total l s.a.	Total s.a. y m.a.	15 a 18 años		19 a 28 años		Total s.a.	Total s.a. y m.a.
	s.a.	s.a. y m.a.	s.a.	s.a. y m.a.			s.a.	s.a. y m.a.	s.a.	s.a. y m.a.		
Chuquisaca	1,00	0,00%	2,00	50,00%	3,00	33,33%	1,00	0,00%	1,00	0,00%	2,00	0,00%
Tomina	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	1,00	0,00%	0,00	0,00%	1,00	0,00%
Villa Serrano	1,00	0,00%	2,00	50,00%	3,00	33,33%	0,00	0,00%	1,00	0,00%	1,00	0,00%
Santa Cruz	2,00	100,00%	5,00	60,00%	7,00	71,43%	2,00	100,00%	15,00	93,33%	17,00	94,12%
El Torno	0,00	0,00%	3,00	66,67%	3,00	66,67%	0,00	0,00%	9,00	88,89%	9,00	88,89%
Porongo	1,00	100,00%	1,00	0,00%	2,00	50,00%	0,00	0,00%	2,00	100,00%	2,00	100,00%
Distrito 6	1,00	100,00%	1,00	100,00%	2,00	100,00%	2,00	100,00%	4,00	100,00%	6,00	100,00%
Tarija	1,00	100,00%	0,00	0,00%	1,00	100,00%	1,00	100,00%	3,00	100,00%	4,00	100,00%
El Puente	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	1,00	100,00%	1,00	100,00%	2,00	100,00%
Padcaya	1,00	100,00%	0,00	0,00%	1,00	100,00%	0,00	0,00%	2,00	100,00%	2,00	100,00%
Total general	4,00	75,00%	7,00	57,14%	11,00	63,64%	4,00	75,00%	19,00	89,47%	23,00	86,96%

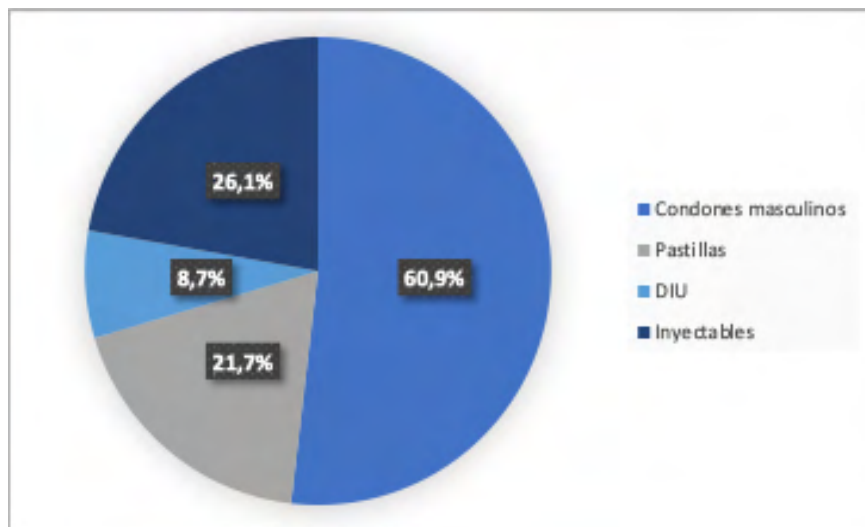
Sexualmente Activo: s.a. Usan método anticonceptivo: m.a.

Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas a adolescentes y jóvenes, 2025

En ese sentido, los resultadoS a nivel municipal deben considerarse como un reflejo parcial y con limitaciones de representatividad, mediado por dinámicas de silencio y exclusión. Es importante reconocer que la sexualidad adolescente en muchas regiones sigue siendo un tema relegado al ámbito privado, donde el miedo al estigma y la intervención adulta condicionan la transparencia de las respuestas.

De manera complementaria, se presentan a continuación los resultados sobre el tipo de anticonceptivo que las participantes AJM sexualmente activas refieren utilizar. Los datos reflejan un patrón claro, el 60.9% de las AJM dependen del condón masculino, un método controlado por sus parejas, para prevenir embarazos o ITS. Este predominio contrasta con el uso de métodos femeninos, como pastillas (21,7%), inyectables (26,1%) y DIU (8,7%), lo que revela desafíos críticos para la autonomía reproductiva de las mujeres.

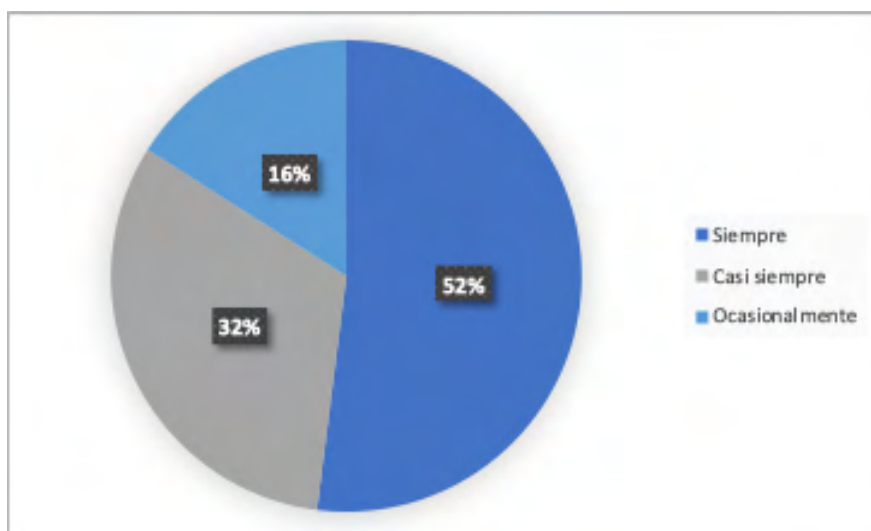
Gráfico 4 Resultados sobre el tipo de anticonceptivos utilizados por AJM o sus parejas



Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas a adolescentes y jóvenes, 2025

La baja adopción de métodos anticonceptivos femeninos indica barreras como el acceso limitado y valida la presencia de estigmas hacia mujeres que buscan ejercer su sexualidad y fertilidad de manera responsable e informada. En ese sentido, la dependencia de sus parejas para utilizar métodos anticonceptivos, las expone a riesgos si sus parejas se niegan a usarlo o lo hacen de manera inconsistente. Además el bajo porcentaje de uso de DIU refleja la falta de acceso a servicios de salud que cuenten con los insumos necesarios.

Gráfico 5 Resultados sobre la frecuencia de uso de anticonceptivos utilizados en participantes sexualmente activas



Fuente: Elaboración propia con base en resultados de las encuestas a adolescentes y jóvenes, 2025

Además, se evidencia una problemática integral en el uso y acceso a métodos anticonceptivos entre adolescentes y jóvenes mujeres (AJM). Según los datos, el 52% reporta utilizar métodos

anticonceptivos siempre, el 32% lo hace casi siempre, y el 16% ocasionalmente. Aunque más de la mitad demuestra un uso constante, la fracción significativa que no mantiene regularidad representa un riesgo importante tanto para la prevención de embarazos no deseados como de infecciones de transmisión sexual (ITS).

En este contexto, es urgente abordar estas desigualdades mediante estrategias que mejoren el acceso a una mayor variedad de métodos anticonceptivos, refuercen la educación integral en salud sexual y reproductiva y promuevan la corresponsabilidad en la planificación familiar. De igual forma, es clave erradicar barreras culturales y sociales que perpetúan estas desigualdades, fomentando así un entorno que garantice decisiones autónomas y protección efectiva para las AJM.

4.6 Indicador 1200a Nivel promedio de satisfacción de las AJM con la calidad y la capacidad de respuesta de los servicios de SSR prestados por los establecimientos de salud seleccionados

Línea base	Meta
62,96 /100	Por Definir

Este indicador 1200a según el Plan de Monitoreo y Evaluación Basado en Resultados del Proyecto REACH, mide el grado de satisfacción de las Adolescentes y Jóvenes Mujeres (AJM) que accedieron a servicios de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) en establecimientos de salud seleccionados durante el último año. Evalúa su percepción sobre la calidad de la atención, la capacidad de respuesta de los servicios y cómo estos abordan sus necesidades específicas, considerando aspectos como la sensibilidad al género y la adaptación a su etapa de vida.

Para el cálculo del indicador analiza 4 dimensiones: accesibilidad, comodidad y confiabilidad, actitud del personal de salud y la calificación asignada a satisfacción en general.

El cálculo del indicador se basa en el procesamiento de información primaria recolectada directamente a través del instrumento diseñado para adolescentes y jóvenes (CAJ06-G1 y CAJ06-G2) basado en un sistema de puntaje preestablecido de las respuestas.

Paso 1: Aplicación del instrumento de recolección de datos

Se aplican los cuestionarios estructurados a adolescentes y jóvenes en las áreas de intervención y comunidades de control seleccionadas para la muestra.

Paso 2: Criterio de inclusión

Se identifican AJM que respondieron afirmativamente a la pregunta acerca si acudieron durante el último año a un centro de salud para recibir servicios de salud sexual y reproductiva.

Paso 3: Criterio de inclusión

Se identifican AJM que respondieron afirmativamente a la pregunta anterior y en su visita a los centros de salud para recibir servicios sobre salud sexual y reproductiva, orientación en sexualidad o especialidades relacionadas como ginecología.

Paso 4: Calificación de preguntas por dimensión

Cada pregunta se califica según una escala preestablecida

Paso 5: Estandarización de puntajes

Los puntajes por dimensión se estandarizan en una escala común de 0 a 100. Esto se realiza aplicando la siguiente fórmula:

Este paso asegura que todas las dimensiones tengan el mismo rango de interpretación (de 0 a 100). Un puntaje más alto refleja mayor satisfacción, destacando fortalezas en la prestación de servicios, mientras que uno más bajo señala áreas críticas que requieren mejoras.

Tabla 26 Indicador 1200a Preguntas que responden al indicador

Indicador	Preguntas
1200a	CAJ06 G1 - P30 , P31.2, P32, P33, P34, p35, P36, P37, P38
	CAJ06 G2 - P36, P36.3, P37,P38, P39, P40, P41, P42, P43

Los resultados de línea base del Indicador 1200a, que evalúa la satisfacción de las adolescentes y jóvenes mujeres (AJM) con los servicios de salud sexual y reproductiva (SDSR), deben interpretarse con prudencia debido a las limitaciones metodológicas identificadas. La aplicación de filtros —que incluyen únicamente a quienes acudieron a los centros de salud en el último año— redujo la submuestra a un total de 39 participantes, considerando tanto las comunidades de intervención como las de control. Este tamaño muestral mínimo, equivalente al 15% del total de AJM encuestadas, plantea desafíos en la representatividad estadística y la generalización de los hallazgos. Por ello, aunque el indicador arroje una calificación promedio específica, su precisión y validez externa están condicionadas por la escasa participación, lo que exige evitar conclusiones definitivas y priorizar análisis cualitativos complementarios.

Tabla 27 Resultados del Indicador 1200a Desagregados por municipio y edad

Municipio	12 a 14 años		15 a 18 años		19 a 28 años		Total Recuento	Total Promedio índice 1200a	C. Control	
	Recuento	Promedio índice 1200a	Recuento	Promedio índice 1200a	Recuento	Promedio índice 1200a			Recuento	Promedio índice 1200a
Aiquile	1	70.83	0	No Aplica	0	No Aplica	1	70.83	3	39.24
El Puente	1	47.92	0	No Aplica	1	32.29	2	40.10	1	70.83
El Torno	0	No Aplica	0	No Aplica	5	86.67	5	86.67	4	80.73
Padcaya	0	No Aplica	2	43.23	3	78.47	5	64.38	1	66.67
Porongo	0	No Aplica	0	No Aplica	2	62.50	2	62.50	3	55.90
Distrito 6	1	66.67	1	66.67	3	61.81	5	63.75	1	54.17
Tomina	0	No Aplica	2	50.00	0	No Aplica	2	50.00	1	35.42
Villa Serrano	1	68.75	1	0.00	1	55.21	3	41.32	0	No Aplica
Total General	4	63.54	6	42.19	15	71.11%	25	62.96	14	59.67

La baja proporción de AJM que utilizaron los servicios de SDRS (15%) es, en sí misma, un hallazgo crítico que sugiere insatisfacción o barreras estructurales. Este bajo nivel de asistencia refleja posibles fallas en la accesibilidad, la confianza en el sistema de salud o la percepción de que los servicios no están adaptados a sus necesidades. Factores como el estigma asociado a la salud sexual, la falta de privacidad, horarios inadecuados o la ausencia de información clara podrían disuadir a las adolescentes de acudir a los establecimientos. Este fenómeno no solo limita la capacidad de medir la satisfacción, sino que también evidencia una desconexión entre la oferta de servicios y las demandas reales de este grupo poblacional. En este sentido, la escasa utilización de los servicios actúa como un indicador indirecto de insatisfacción, incluso antes de analizar las respuestas de quienes sí accedieron.

Los resultados municipales reflejan una marcada heterogeneidad en el acceso y la percepción de los servicios de salud sexual y reproductiva (SDRS) entre adolescentes y jóvenes mujeres (AJM), así como patrones preocupantes de exclusión etaria. La frecuencia de casillas con "No aplica" — especialmente en el grupo de 12 a 14 años— evidencia que, en municipios como Padcaya, Porongo y Tomina, las adolescentes más jóvenes prácticamente no utilizan estos servicios. Esta ausencia de datos no solo limita la representatividad, sino que sugiere barreras estructurales, como falta de información adaptada a preadolescentes, estigma familiar o servicios percibidos como inaccesibles para este grupo. Por ejemplo, en El Puente, solo una AJM de 12-14 años acudió al centro de salud, con un índice de satisfacción relativamente bajo (47.92), lo que podría indicar desconfianza o experiencias negativas que disuaden a otras de buscar atención. La escasa participación en este rango etario refuerza la hipótesis de que los servicios no están diseñados para abordar las necesidades específicas de las adolescentes más jóvenes, perpetuando su invisibilidad en el sistema.

"A1. La verdad es nosotros no vamos a los centros de salud porque no se sienten hechos para nosotros realmente.

A2. Si, la gente te mira raro si preguntas por algo de salud sexual, ya te etiquetan como que andas en malos pasos o cosas así

A3. Una vez hemos ido por tarea en grupo y todo el pueblo ha terminado enterándose, entonces no hay....(como se dice) confidencialidad

*A1. Al final no se entiende bien cómo funcionan, sobre todos para los que somos menores de edad se piden requisitos y autorizaciones. Así que, por eso preferimos no ir" – **Adolescentes participantes de grupo focal, 15 - 17 años, hombres y mujeres, Villa Serrano***

Por otro lado, la comparación entre comunidades de intervención y control revela inconsistencias que cuestionan la efectividad directa de las acciones programáticas. En Distrito 6, las AJM de comunidades de control mostraron un índice bajo (54.17) frente a un promedio aceptable en intervención (63.75), destacando disparidades que podrían relacionarse con la calidad desigual de los proveedores o la infraestructura. Estas variaciones, sumadas a la baja asistencia general (solo 25 casos en total), subrayan que la satisfacción no depende únicamente de la disponibilidad de servicios, sino de elementos contextuales como confianza en el personal, privacidad garantizada y educación sexual previa. Sin abordar estos factores mediante estrategias adaptadas a cada territorio, los esfuerzos por mejorar los índices seguirán siendo fragmentarios y poco sostenibles.

4.7 Indicador 1200b Nivel promedio de la calidad, sensibilidad de género y amigabilidad a las AJM en la prestación de servicios de SSR de los centros de salud focalizados

Línea base	Meta
51.10/100	Por Definir

El indicador 1200b evalúa la capacidad de los centros de salud focalizados para ofrecer servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) que cumplan con estándares de calidad, integren enfoques de género y sean adaptados a las necesidades específicas de las adolescentes y jóvenes. A diferencia del indicador 1200a (basado en la percepción de las usuarias), el 1200b se mide mediante evaluaciones in situ realizadas por profesionales, lo que permite una valoración objetiva de las condiciones estructurales, protocolos y prácticas institucionales. Su objetivo es garantizar que los servicios no solo estén disponibles, sino que también sean respetuosos, inclusivos y técnicamente competentes para atender a las AJM.

La medición se realiza mediante el instrumento FESS 05 (Ficha de Evaluación aplicada directamente en los establecimientos de salud. Considerando las siguientes dimensiones:

Tabla 28 Definición de las dimensiones consideradas en el análisis

Dimensión	Definición	Preguntas
Calidad	Equipamiento adecuado y diferenciado para atención a AJM	P4 P5 P9 P10 P11 P15 P22 P23 P24
	Servicios disponibles que tiene el CS para AJM	P31 P32 P33 P34
	Personal capacitado para darle atención a AJM	P35 P43
	Disponibilidad de métodos anticonceptivos para AJM	
	Infraestructura adecuada para la atención de pacientes	
	Material informativo disponible en SSR	
Sensibilidad de género	Disponibilidad de personal médico para la atención a AJM	P13 P14 P19 P20
	Conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos.	P28
	Conocimientos sobre ITS y métodos de prevención.	
	Percepción del uso o no de métodos anticonceptivos.	
Amigabilidad	Personal médico capacitado para la atención de AJM	P6 P7 P25 P26 P29
	Material disponible con un lenguaje apropiado y/o en idioma originarios enfocado a adolescentes	P30 P45 P8 P12 P16 P17 P18 P21 P27 P41
	Espacios seguros y de confianza para la atención de AJM	P36 P37 P38 P39
Prevención de la violencia	Existencia de un sistema formal de derivaciones, que incluya el seguimiento y monitoreo de casos	P40 P42
	Aplicación de protocolos para la atención y derivación de casos de VBG y VSBG	
	Coordinación con instituciones gubernamentales para la protección de adolescentes y jóvenes	

El cálculo del indicador se basa en el procesamiento de información primaria recolectada directamente en los centros de salud evaluados mediante el instrumento FESS05.

Paso 1: Aplicación del instrumento de recolección de datos

Se aplican los cuestionarios estructurados a responsables de los centros de salud y hospitales en las áreas de intervención y comunidades de control seleccionadas para la muestra.

Paso 2: Estandarización de puntajes

Con el fin de facilitar la comparación entre dimensiones (que pueden tener diferente número de preguntas o escalas), los puntajes por dimensión se estandarizan en una escala común de 0 a 100. Esto se realiza aplicando la siguiente fórmula:

Este paso asegura que todas las dimensiones tengan el mismo rango de interpretación (de 0 a 100), donde 0 representa servicios con carencias críticas y 100 servicios alineados a los estándares de calidad.

Paso 3: Cálculo del puntaje final del indicador

El valor del indicador I200b corresponde al promedio de los puntajes obtenidos por todos los centros de salud y hospitales del municipio evaluado.

$$\text{Indicador 1200b} = \frac{\sum_{j=1}^n \text{Puntaje estandarizado}}{n}$$

Este enfoque metodológico de cálculo asegura un análisis multidimensional, confiable y sensible a los contextos territoriales.

Para el análisis de los resultados del Indicador 1200b se aplicó una clasificación por rangos. Esta escala clasifica los resultados en cinco niveles: crítico, deficiente, aceptable, bueno, óptimo en función del puntaje promedio obtenido en una escala de 0 a 100.

Tabla 29 Descripción de rangos de análisis de los puntajes obtenidos para el indicador 1200b

Rango de Puntaje obtenido	Nivel de Calidad y Sensibilidad de Género en los servicios de SSR	Interpretación
0 - 20	Critico	Una minoría de los servicios de salud cumplen con estándares adecuados de calidad, amigabilidad y sensibilidad de género. Se requiere una mejora estructural urgente.
21 - 40	Deficiente	La calidad de los servicios es baja, con falta de enfoques sensibles al género y barreras de acceso significativas para AJM.
41 - 60	Aceptable	Aproximadamente la mitad de los servicios cumplen con criterios de calidad y sensibilidad de género, pero todavía hay muchas oportunidades de mejora.
61 - 80	Buena	La mayoría de los centros de salud ofrecen servicios con un nivel adecuado de calidad, amigabilidad y equidad de género.
81 - 100	Muy Buena	Los servicios de salud tienen altos estándares de calidad, con atención amigable y sensible a las necesidades de las AJM.

Tabla 308 Resultados del indicador 1200b por dimensión y municipio

Municipio	Calidad	Amigabilidad	Sensibilidad al Género	Prevención Violencia	Puntuación media
Aiquile	40.99	54.44	50.93	61.11	51.87
El Puente	39.87	53.33	51.39	60.00	51.15
El Torno	24.04	58.89	67.59	66.67	54.30
Padcaya	31.38	59.17	64.35	52.50	51.85
Porongo	22.59	50.00	66.67	46.11	46.34
Distrito 6	35.61	57.78	66.67	69.44	57.37
Tomina	31.83	50.00	54.63	32.78	42.31
Villa Serrano	41.44	50.00	80.56	43.33	53.83
Total general	32.64	55.00	62.78	54.00	51.10

Fuente: elaboración propia con base en información primaria de la Ficha de evaluación, 2025

Los resultados del Indicador 1200b, que evalúa la calidad, sensibilidad de género y amigabilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) para adolescentes y jóvenes mujeres (AJM), revelan desafíos estructurales y avances dispares entre los municipios analizados. A nivel general, a

dimensión de calidad⁴⁶ obtuvo un promedio de 32.64 puntos, clasificándose como *deficiente* (rango 21-40), lo que indica carencias críticas en equipamiento, protocolos o capacitación del personal. Por otro lado, la sensibilidad de género⁴⁷ alcanzó un promedio de 62.78 (*bueno*), destacando esfuerzos para abordar desigualdades, aunque con heterogeneidad entre municipios. La amigabilidad⁴⁸ (55.00) y la prevención de violencia (54.00) se situaron en el rango *aceptable*, sugiriendo que, si bien existen espacios y políticas básicas, persisten barreras para garantizar entornos totalmente seguros y adaptados a las AJM.

Aunque el promedio general de la dimensión sensibilidad de género es *bueno* (62.78), municipios como Villa Serrano (80.56) y Distrito 6 (66.67) demostraron avances significativos en enfoque de género, mientras que Tomina (54.63) y Aiquile (50.93) se mantuvieron en el límite *aceptable*. Esto sugiere que prácticas como la privacidad, el trato respetuoso y la no discriminación están parcialmente institucionalizadas, pero requieren mayor estandarización.

El Distrito 6 (69.44) y El Torno (66.67) destacaron con niveles *buenos* en la dimensión de prevención de violencia, implementando protocolos contra violencia de género. En contraste, Tomina (32.78) y Porongo (46.11) mostraron desempeños *deficientes* y *aceptables*, respectivamente, lo que expone a las AJM a entornos donde la violencia podría no ser adecuadamente prevenida o atendida.

Los resultados confirman que, a pesar de que **11 de los establecimientos evaluados cuentan con certificación del programa de Atención Integral de Adolescentes (AIDA)**, persisten desafíos críticos, particularmente en **calidad**, donde el promedio general se mantiene en niveles *deficientes* (32.64). Esto sugiere que la certificación no garantiza por sí sola la superación de brechas estructurales, como falta de insumos o personal capacitado, observadas en municipios como Porongo (22.59) y El Torno (24.04). Si bien estos centros certificados pueden tener marcos normativos alineados con AIDA, su implementación práctica es irregular, especialmente en contextos con recursos limitados.

La certificación AIDA parece correlacionarse parcialmente con avances en sensibilidad de género (promedio *bueno*: 62.78), como se evidencia en Villa Serrano (80.56) y Distrito 6 (66.67), donde probablemente se priorizó la formación en enfoque de género. Sin embargo, la prevención de violencia sigue siendo frágil en municipios como Tomina (32.78), lo que indica que los protocolos no se aplican de manera consistente incluso en establecimientos certificados. Para maximizar el

⁴⁶ La **dimensión de calidad** mide la capacidad de los establecimientos de salud para brindar atención diferenciada a adolescentes, considerando la disponibilidad de personal y espacios exclusivos, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos sin restricciones, equipamiento adecuado, materiales educativos y protocolos de atención con enfoque de género. También evalúa los sistemas de referencia y seguimiento de casos de violencia, garantizando la confidencialidad y calidad en la atención (Plan Internacional, 2025)

⁴⁷ La **dimensión de sensibilidad de género** evalúa si los establecimientos de salud respetan las preferencias de adolescentes sobre el sexo del personal que los atiende, garantizan el acceso sin barreras a métodos anticonceptivos como condones y anticoncepción oral de emergencia, y ofrecen consejería adecuada. También analiza la disponibilidad de materiales educativos con mensajes diferenciados por género.

⁴⁸ La **dimensión de amigabilidad** evalúa si los servicios de salud son accesibles, inclusivos y respetuosos con las necesidades de adolescentes y jóvenes. Considera aspectos como la accesibilidad para personas con discapacidad, la disponibilidad de atención en lenguas originarias, horarios específicos para adolescentes, y la provisión de atención sin barreras ni requerimientos innecesarios de consentimiento de personas adultas.

impacto de AIDA, es esencial complementar la certificación con auditorías continuas, financiamiento dirigido a infraestructura y capacitación práctica en prevención de violencia.

4.8 1300a Nivel de respuesta institucional a las necesidades en SDSR y Protección de las AJM en los municipios focalizados

Línea base	Meta
36.75/100	Por Definir

Este indicador evalúa la capacidad de las instituciones locales (servicios de salud, gobiernos municipales y servicios SLIM) para identificar, priorizar y responder efectivamente a las demandas de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) y protección de las adolescentes y jóvenes en los municipios focalizados. A diferencia de indicadores anteriores que miden calidad técnica o satisfacción usuaria, el 1300a se centra en el compromiso político, la coordinación interinstitucional y la implementación de políticas públicas orientadas a garantizar los derechos de las AJM.

El indicador se construye a partir de entrevistas cualitativas con representantes clave de:

- Servicios de salud: Para analizar la integración de SDSR en planes operativos y la asignación de recursos.
- Gobiernos autónomos municipales: Para evaluar la inclusión de las necesidades de las AJM en agendas políticas, presupuestos y programas sociales.
- Servicios SLIM: Para valorar su rol en la prevención de violencias, acceso a justicia y protección integral.

Se exploran aspectos como la existencias de protocolos intersectoriales, presupuestos específicos para SDSR y protección, mecanismos de participación juvenil en la toma de decisiones y la capacidad para articular acciones entre salud, educación y protección.

El indicador 1300a actúa como un termómetro del entorno habilitador: sin una respuesta institucional coherente, incluso los servicios técnicamente competentes (1200b) o bien valorados por las usuarias (1200a) podrían verse limitados por falta de sostenibilidad política o recursos insuficientes.

Para garantizar una evaluación objetiva y comparable del nivel de respuesta institucional (Indicador 1300a), se establecieron rangos de calificación basados en el análisis de las entrevistas cualitativas a representantes de servicios de salud, gobiernos municipales y servicios SLIM. Estos rangos permiten traducir las percepciones y acciones reportadas en una escala numérica estandarizada, facilitando la identificación de patrones y prioridades.

Los criterios se definieron evaluando cuatro criterios derivados de las entrevistas con los actores institucionales:

- Existencia de protocolos intersectoriales (coordinación salud- educación - protección)
- Asignación de presupuestos específicos

- Mecanismos de participacio2n juvenil en decisiones
- Capacidad de articulación entre servicios

Estos criterios se priorizaron porque reflejan, desde la voz de los representantes, si las instituciones operan de forma aislada o sistémica, y si las acciones responden a necesidades reales de las AJM o son meramente declarativas. A continuación, se detallan los criterios:

Tabla 31 Rangos de calificación e interpretación para el indicador 1300a

Nivel de respuesta institucional	Rango de calificación	Interpretación
Muy bajo	0 -20 puntos	Las instituciones carecen de políticas, presupuestos o programas específicos para abordar las necesidades en SDR y protección de las AJM. No hay coordinación intersectorial, y las acciones existentes son esporádicas o simbólicas.
Bajo	21 - 40 puntos	Existen algunas iniciativas o programas, pero su implementación es limitada, desarticulada o con recursos insuficientes. La falta de presupuesto, capacitación del personal o voluntad política reduce su impacto
Medio	41 – 60 puntos	Se han implementado estrategias o programas que abordan parcialmente las necesidades de las AJM, con avances en coordinación o presupuesto. Sin embargo, persisten brechas en cobertura, calidad o sostenibilidad
Medio-Alto	61 – 80 puntos	Las instituciones demuestran compromiso mediante políticas estructuradas, presupuestos específicos y coordinación activa entre sectores. Los programas alcanzan a una proporción significativa de la población, aunque aún enfrentan desafíos en acceso equitativo o adaptación cultural.
Alto	81 100 puntos	Las instituciones priorizan las necesidades de las AJM con estrategias integrales, presupuestos robustos y participación activa de las jóvenes en la toma de decisiones. Existen sistemas de monitoreo, articulación fluida entre sectores y adaptación a contextos locales.

La utilidad de esta estandarización en escalas permite:

- **Comparar** el desempeño institucional entre municipios, identificando modelos replicables o áreas críticas.
- **Priorizar intervenciones:** Un municipio en rango *bajo* (21-40) requerirá fortalecer gobernanza, mientras que uno en *medio-alto* (61-80) necesitará enfoques específicos para cerrar brechas residuales.
- **Vincular la respuesta institucional con resultados concretos:** Por ejemplo, un nivel *alto* (≥ 80) suele correlacionarse con mejores puntajes en indicadores como 1200a (satisfacción de las AJM) o 1200b (calidad de servicios).

Al aplicar estos rangos, el Indicador 1300a no solo mide acciones aisladas, sino la capacidad sistémica de las instituciones para garantizar derechos sexuales y reproductivos con equidad y sostenibilidad. El Rango Muy bajo (0-20) indica ausencia total de protocolos, presupuestos y participacio2n juvenil, con servicios fragmentados. El bajo (21-40) surge cuando hay intentos aún incipientes, sin presupuesto suficiente ni articulacio2n sostenible. El Medio (41-60) refleja

avances parciales, protocolos en diseño o presupuestos mínimos, pero sin participación activa de las AJM. El rango Medio – Alto (61-80) implica políticas estructuradas y participación consultiva de AJM, aunque con brechas de cobertura rural. El rango Alto (81-100) exige sistemas consolidados, presupuestos priorizados, participación decisoria de las AJM y articulación fluida. En ese sentido, los rangos valoran cómo las instituciones traducen sus discursos en acciones medibles, basándose en la evidencia de quienes implementan las políticas.

Tabla 32 Resultados Indicador 1300a Descripción nivel de respuesta institucional

Municipio	Nivel de conocimiento sobre las necesidades de las AJM	Acciones institucionales en SDSR y Protección de las AJM	Evaluación de efectividad
Aiquile	Conocimiento moderado. Reconocimiento de las necesidades de información en SDRS.	- No cuentan con leyes municipales enfocadas a AJM - Actividades lúdicas informativas para la prevención de violencia	Baja (25 puntos). Debido a que no tienen presupuesto y/o coordinación interinstitucional
Distrito 6	Conocimiento moderado. Reconocen las necesidades de los AJ en cuanto a información, necesidades económicas y la exposición a las RRSS.	- No cuentan con Centros de Salud que implementen el Programa AIDA - Actividades lúdicas con AJ en las UE	Baja (32 puntos) La complejidad de organización y coordinación debido a recortes de presupuesto.
El Torno	Conocimiento moderado. Reconocen las necesidades de información y de acceso a servicios de SDRS.	- Ley de Juventudes - Cuentan con el Programa AIDA en el Centro de Salud - Talleres, concursos sobre SDRS	Medio (45 puntos). Pese a que tienen los programas y leyes, no tienen el presupuesto para ejecutar a su totalidad.
Porongo	Conocimiento moderado. Reconocen el estado actual de las AJM y preocupación por los casos de embarazos adolescentes en comunidades lejanas-	- No cuentan con leyes municipales enfocadas a AJM - Actividades enfocadas a la prevención de violencia	Bajo (27 puntos) Reconocen que no tienen el alcance suficiente a las comunidades para brindar atención y/o actividades a AJM.
El Puente	Conocimiento alto. Reconocen las necesidades de información y los factores externos que incluyen en sus decisiones. Preocupación ante el incremento de embarazos adolescentes.	- Ley de Juventudes - Centros AIDA en cuatro distritos - Actividades para AJM - Promotores comunitarios - Red de Jóvenes	Medio (42 puntos). Existen mejoras en las acciones, enfocando las estrategias y tienen una alta llegada a AJM. Sin embargo, reconocen que se puede mejorar.
Padcaya	Conocimiento moderado. Evalúan el contexto social y familiar de las AJM, reconocen que tienen necesidades de información.	- Ley de Juventudes - Centros AIDA - Red de Lucha contra la violencia	Medio (49 puntos). Pese a los programas y actividades, el presupuesto no les permite tener una cobertura a las comunidades alejadas.
Villa Serrano	Conocimiento moderado. Preocupación por parte de las autoridades ante la necesidades de atención y acceso a información de calidad.	- Ley de Juventudes - Centro AIDA - Ferias comunitarias y con UE	Bajo (32 puntos). Pese a que hay un interés por trabajar con los AJ, las autoridades señalan un desinterés en participar de las actividades
Tomina	Conocimiento alto. Reconocen las necesidades y desafíos al momento de trabajar con AJ en las temáticas de SDRS y las trabajan como prioridad.	- Ley N°11 Lucha contra la violencia a mujeres, niñas, adolescentes y jóvenes. - GAIE - Centros AIDA - Red Lucha contra la violencia - Trabajo coordinado con otras instituciones	Medio (42 puntos). Ante las diversas acciones se observaron cambios positivos, sin embargo se debe fortalecer en la continuidad de las acciones.

El resultado de línea de base **36.75 puntos**, ubicado en el rango *bajo* (21-40), refleja una **respuesta institucional insuficiente y fragmentada** en los municipios evaluados. Esto confirma que, aunque existen marcos normativos y reconocimiento formal de las necesidades de las adolescentes y jóvenes mujeres (AJM), las instituciones no logran traducir estos compromisos en acciones concretas, sostenibles y coordinadas. La falta de financiamiento, la discontinuidad en las políticas públicas (por cambios de gestión) y la escasa articulación entre sectores explican este desempeño deficiente.

Los municipios con nivel bajo: Aiquile (25 puntos, Dó (32 puntos), Porongo (27 puntos) y Villa Serrano (32 puntos). Son regiones que carecen de estrategias integrales y su respuesta se limita a **acciones aisladas o programas sin continuidad**. Por ejemplo, en Aiquile y Porongo, la ausencia de presupuestos específicos para SDRS y la dependencia de proyectos temporales (a menudo financiados por cooperación externa) limitan su alcance. Aunque algunos cuentan con normativas como leyes de juventud o violencia de género, estas **no se operativizan**. En Villa Serrano, la falta de coordinación entre salud y servicios SLIM deja vacíos críticos en la protección de AJM frente a violencias.

Municipios con nivel medio: El Torno (45 puntos), El Puente (42 puntos), Padcaya (49 puntos) y Tomina (42 puntos), muestran avances parciales, como la creación de centros AIDA o redes de jóvenes, pero enfrentan desafíos en la implementación efectiva. Por ejemplo, en Padcaya (49 puntos), las leyes municipales de lucha contra la violencia existen, pero no se acompañan de capacitación al personal o sistemas de monitoreo. La **desarticulación institucional** es recurrente: en El Torno (45 puntos), los servicios de salud tienen protocolos, pero los gobiernos municipales no asignan recursos para su ejecución. Además, las políticas suelen ser "heredadas" de gestiones anteriores, sin adaptación a contextos actuales o participación activa de las AJM.

" Es una prioridad, debido a que en la gestión pasada, según datos brindados por la Alcaldesa, El Puente fue catalogado como el segundo municipio en Tarija con mayor índice de embarazos adolescentes en Tarija. Frente a esto, se ha impulsado la instalación de 4 centros AIDA en cuatro distritos. Autoridad Hombre - Municipio El Puente, Tarija

*"Se cuenta con la Unidad de juventudes pero no hay un responsable a cargo, sus actividades son capacitaciones, talleres, cumplimiento de la ley de juventudes" .
Autoridad Mujer - Municipio El Torno, Santa Cruz*

En ese sentido, la existencia de leyes municipales o centros AIDA no garantiza resultados. En muchos casos, estas herramientas quedan en el papel debido a:

- **Cambios de autoridades:** Las nuevas gestiones no priorizan las agendas de SDRS, descontinuo programas.
- **Financiamiento insuficiente:** Los presupuestos se destinan a actividades simbólicas (ej.: talleres esporádicos) en lugar de inversiones estructurales (ej.: equipamiento de centros de salud).

- **Fragmentación institucional:** Los servicios de salud, gobiernos locales y SLIM trabajan de forma paralela, sin compartir datos o articular estrategias. Esto explica por qué, por ejemplo, en Tomina (42 puntos), las campañas de prevención de embarazos no se vinculan con programas de educación sexual en escuelas.
- **Falta de participación juvenil:** Las AJM rara vez son consultadas en el diseño de políticas, lo que genera intervenciones desconectadas de sus necesidades reales.

Los resultados del Indicador 1300a revelan que **la debilidad institucional es un cuello de botella para garantizar los derechos de las AJM**. Aunque algunos municipios han avanzado en lo normativo (ej.: leyes de juventud), estos esfuerzos se diluyen ante la falta de voluntad política, recursos y articulación. Esto tiene implicaciones directas en indicadores como el 1200a (baja satisfacción de las AJM) y el 1200b (calidad técnica deficiente), ya que, sin un entorno institucional sólido, los servicios no pueden mejorar ni ser sostenibles.

4.9 Indicador 1110a Porcentaje de escuelas focalizadas que aplican plenamente una EIS de calidad para sus alumnas y alumnos

Línea base	Meta
0,00%*	Por Definir

**Nota: Se considera que el valor de LB inicia en “cero” ya que los resultados muestran que los centros educativos implementan una EIS en un 41,32% es decir un nivel limitado.*

Este indicador mide el grado de implementación efectiva de la Educación Integral en Sexualidad (EIS) en las escuelas seleccionadas, evaluando si los centros educativos cumplen con estándares de calidad en la enseñanza de temas relacionados con salud sexual y reproductiva, derechos, igualdad de género y prevención de violencias. Su objetivo es garantizar que las y los adolescentes reciban información científica, inclusiva y adaptada a su desarrollo, que les permita tomar decisiones informadas sobre su sexualidad y bienestar.

El cálculo del indicador se basa en el procesamiento de información primaria recolectada directamente en los centros educativos evaluados mediante el instrumento CCE08.

Paso 1: Aplicación del instrumento de recolección de datos

Se aplican los cuestionarios estructurados a responsables de los centros educativos en las áreas de intervención.

Paso 3: Cálculo del puntaje final del indicador

El valor del indicador 1110a corresponde al promedio de los puntajes obtenidos por todos los centros educativos del municipio evaluados.

$$\text{Indicador 1110a} = \frac{\sum_{j=1}^n \text{Puntaje obtenido}}{n}$$

Las respuestas se traducen en un porcentaje, donde 100% indica que la escuela cumple plenamente con todos los criterios de calidad, y 0% refleja la ausencia total de EIS o su implementación deficiente.

Tabla 33 Preguntas consideradas para el cálculo del indicador 1110a

Indicador	Instrumento	Preguntas
1110 ^a	CCE08	P4 P6 P8 P9 P10 P11 P12 P14 P17 P18 P19

Para interpretar los resultados del Indicador 1110a (*Porcentaje de escuelas focalizadas que aplican plenamente una EIS de calidad*), se establecieron **rangos de análisis** que permiten categorizar el nivel de cumplimiento de los centros educativos. Estos rangos, basados en criterios de calidad, cobertura y recursos, facilitan la identificación de avances y desafíos en la implementación de la EIS. A continuación, se describen:

Tabla 34 Indicador 1110a Descripción del nivel de implementación de la EIS

Porcentaje de implementación	Nivel de implementación	Interpretación
0 - 20%	Crítica	Las escuelas en este rango no aplican la EIS o lo hacen de manera superficial y contraproducente. Por tanto, Las y los estudiantes carecen de herramientas para tomar decisiones informadas, lo que aumenta su exposición a riesgos como embarazos adolescentes, ITS o violencia de género
21 - 40%	Deficiente	Corresponde a escuelas con acciones aisladas o mal diseñadas, sin impacto real. Características: • Temas de EIS reducidos a charlas esporádicas, sin continuidad ni profundidad. • Docentes no capacitados, que evaden debates sobre género o derechos sexuales. • Materiales incompletos o centrados solo en aspectos biológicos (ej.: anatomía). • Falta de protocolos contra la discriminación o el acoso. La EIS se percibe como irrelevante o tabú, perpetuando mitos y desigualdades.
41 - 60%	Limitada	Las escuelas muestran esfuerzos parciales, pero con brechas significativas. Por ejemplo: • Contenidos de EIS incluidos en el currículo, pero sin enfoque transversal. • Capacitación docente básica, sin actualización en temas como diversidad o consentimiento. • Materiales disponibles, pero no adaptados a realidades culturales o discapacidades. • Protocolos contra violencia de género, pero sin divulgación o aplicación. Las y los adolescentes reciben información fragmentada, insuficiente para desarrollar autonomía plena
61 - 80%	Adecuada	Las escuelas en este rango cumplen con la mayoría de los estándares de calidad , aunque con margen de mejora. Destacan: • Currículo integral de EIS, abordado de forma transversal en varias asignaturas. • Docentes capacitados, aunque con necesidades de formación continua. • Materiales inclusivos y actualizados, pero con cobertura irregular (ej.: acceso en zonas rurales). • Mecanismos de participación estudiantil activa, aunque no sistemáticos. Las y los estudiantes adquieren conocimientos sólidos, pero persisten barreras para aplicar lo aprendido en su vida cotidiana.
81 - 100%	Plena	Representa el modelo ideal de EIS , donde las escuelas garantizan:

		• Currículo completo, con enfoque en derechos, género y prevención de violencias. • Docentes especializados y con formación constante en metodologías innovadoras. • Materiales accesibles, multiculturales y con lenguaje inclusivo. • Participación activa de estudiantes en el diseño de actividades. • Entornos seguros, con políticas anti bullying y alianzas con servicios de salud. Las y los adolescentes desarrollan habilidades críticas para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, contribuyendo a sociedades más equitativas.
--	--	--

Tabla 35 Resultados del porcentaje de implementación de EIS por municipio para el análisis del indicador 1110a

Municipio	Promedio índice	Estado Aplicación EIS
Aiquile	43.56%	Aplicación Limitada
El Puente	43.37%	Aplicación Limitada
El Torno	56.58%	Aplicación Moderada
Padcaya	45.21%	Aplicación Limitada
Porongo	26.55%	Aplicación Deficiente
Distrito 6	45.61%	Aplicación Limitada
Tomina	33,15%	Aplicación Limitada
Villa Serrano	38.80%	Aplicación Limitada
Total general	42.28%	Aplicación Limitada

Los resultados municipales del Indicador 1110a, que evalúa la aplicación de la Educación Integral en Sexualidad (EIS) en escuelas focalizadas, revelan un escenario heterogéneo, pero predominantemente **limitado**, con un promedio general del **42,28%**. Este dato, ubicado en el rango de *implementación limitada* (41–60 puntos), refleja avances parciales en la integración de la EIS, pero con brechas críticas que persisten a nivel curricular, pedagógico y comunitario.

El Torno destaca con el porcentaje más alto (56.58%, *implementación moderada*), lo que sugiere esfuerzos más estructurados, como la inclusión transversal de la EIS en materias de secundaria (biología, ciencias sociales) y posiblemente docentes con mayor disposición a abordar estos temas. Sin embargo, incluso aquí, el puntaje no alcanza el rango *adecuado* (61–80), evidenciando carencias en recursos o capacitación continua.

Municipios con implementación limitada: Aiquile (43,56%), El Puente (43,37%), Padcaya (45,21%), Tomina (30,94%) y el D6 (45,61%) muestran avances incipientes, como la inclusión de la EIS en secundaria, pero con enfoques fragmentados (ej.: temas reducidos a clases de biología) y dependencia de la voluntad individual de docentes. El municipio de Porongo (26,55%) presentan los niveles más bajos, lo que podría asociarse a resistencia comunitaria, falta de materiales educativos o docentes no capacitados o que se imparte el contenido de manera superficial.

Aunque el Ministerio de Educación incorporó la EIS como temática prioritaria en 2023 (junto a prevención de violencias y despatriarcalización), la Ley Avelino Siñani – Elizardo Pérez (vigente desde 2021) no incluye políticas específicas para su implementación obligatoria. Esto deja la EIS

sujeta a la discrecionalidad de docentes y directivos, explicando por qué su aplicación es irregular y depende de asignaturas como biología o valores, sin enfoque transversal.

Las entrevistas revelan que, si bien las y los adolescentes muestran apertura para hablar de sexualidad, las familias y comunidades suelen rechazar la EIS por tabúes o desconocimiento. En municipios como Porongo o Villa Serrano (38.80%), esta resistencia limita la profundidad de los contenidos, llevando a docentes a evitar temas como diversidad sexual o derechos reproductivos por temor a conflictos.

Pese a ser un derecho fundamental, las y los adolescentes **no acceden a información de calidad** debido a:

- Materiales educativos obsoletos o biologicistas, sin enfoque de género o derechos.
- Docentes sin formación especializada, que replican sesgos o evaden debates críticos.
- Ausencia de alianzas con servicios de salud para complementar la educación teórica.

“Mire, aquí en la unidad educativa siempre está la buena voluntad de la dirección, los maestros e incluso, en cierta medida, de los propios estudiantes para trabajar en estos temas. Pero uno de los factores críticos es el apoyo y la aceptación de la junta de padres. Cuando ellos están de acuerdo, se pueden complementar los contenidos de la currícula y abordar los temas de manera más amplia y enriquecedora. Sin embargo, cuando no contamos con ese apoyo, debemos limitarnos estrictamente a lo que está establecido en la currícula, porque si nos desviamos, eso genera problemas con los padres.

Recuerde el conflicto que tuvimos en 2023, cuando algunos padres no estuvieron de acuerdo con las actividades de ampliación de contenidos. Esto desencadenó quejas y reuniones constantes que, lejos de ayudar, afectaron el desarrollo de nuestras iniciativas. Por eso, el apoyo de la junta de padres es clave para poder trabajar de manera más efectiva en beneficio de los estudiantes”

Representante de centro educativo, 64 años, mujer, Tomina

“Como directiva hacemos lo que podemos, pero tenemos nuestras limitaciones. Hay padres, sobre todo los más jóvenes, que están de acuerdo con la educación sexual porque ya tienen la mente más abierta y entienden que es importante. Pero los más mayorcitos son los que más se oponen, y ahí es donde se complica. Además, hay mucha desinformación, especialmente con eso de la perspectiva de género. Muchos piensan que es para incentivar cosas raras o que va en contra de sus valores. Esa falta de información nos frena mucho, porque sin el apoyo de todos, es difícil avanzar.” **Representante Junta de Padres, 37 años, mujer, Tomina**

Es importante mencionar que, los desafíos ocurridos en 2023 muestran que, aunque la inclusión de la perspectiva de género y la Educación Integral en Sexualidad (EIS) en Bolivia representaba un avance normativo alineado con estándares internacionales, su implementación enfrentó importantes barreras estructurales y culturales. La resistencia de sectores conservadores, sumada a la insuficiente formación docente, contribuye a que la ESI se aplique de forma fragmentada, reduciendo su capacidad de impacto en la prevención de embarazos adolescentes y casos de violencia sexual.

4.10 Indicador 1110b Porcentaje de alumnas y alumnos que declaran estar satisfechos con la EIS recibida en el último año en su centro educativo

Tabla 36 Resultados generales del indicador 1110b

Sexo	Línea base	Meta
Mujeres	36,97%	Por Definir
Hombres	31,46%	Por Definir
General	34,62%	Por Definir

Este indicador mide el nivel de satisfacción de los estudiantes de primaria y secundaria expresan respecto a la Educación Integral en Sexualidad (EIS) que recibieron en los centros educativos en el último año. Su objetivo principal es evaluar la percepción del alumnado sobre la calidad, pertinencia y efectividad de los contenidos, metodologías y ambiente educativo asociados a este programa formativo. El indicador se construye analizando 5 dimensiones: comprensión del contenido, participación en el aula, comodidad y confianza, metodología y percepción de satisfacción general.

El cálculo del indicador se basa en el procesamiento de información primaria recolectada directamente a través de los instrumentos diseñados para adolescentes y jóvenes (CAJ06-G1 y CAJ06-G2). Este procedimiento permite medir el nivel de empoderamiento a través de un enfoque cuantitativo estandarizado.

Paso 1: Aplicación del instrumento de recolección de datos

Se aplican los cuestionarios estructurados a adolescentes y jóvenes en las áreas de intervención y comunidades de control seleccionadas para la muestra.

Paso 2: Calificación de preguntas por dimensión

Se aplica un filtro para considerar únicamente las respuestas de los adolescentes y jóvenes que se encuentran estudiando en centros educativos. Cada pregunta dentro de una dimensión se califica según una escala preestablecida

Paso 3: Estandarización de puntajes

Con el fin de facilitar la compatibilidad entre dimensiones (que pueden tener diferente número de preguntas o escalas), los puntajes por dimensión se estandarizan en una escala común de 0 a 100. Esto se realiza aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Puntaje estandarizado} = \frac{\text{Puntaje obtenido}}{\text{Puntaje máximo posible}}$$

Este paso asegura que todas las dimensiones tengan el mismo rango de interpretación (de 0 a 100), donde 0 representa que el estudiante se encuentra muy insatisfecho y 100 el puntaje máximo o el nivel total de satisfacción.

Paso 4: Cálculo promedio por dimensión

Para cada dimensión, se suman las calificaciones de todas sus preguntas y se dividen entre el número total de preguntas en esa dimensión.

Paso 4: Cálculo del promedio general de dimensiones

Se promedian los resultados de todas las dimensiones

$$\text{Promedio genral} = \frac{\text{Suma de promedios de dimensiones}}{\text{Númeero de dimensiones}}$$

Paso 5: Análisis de resultados mediante el umbral del 50 - 70%

El promedio general se compara con el umbral del 50 - 70%

- Si el resultado es $\geq 50\%$: Se considera que las adolescentes/jóvenes se encuentra por encima de los niveles de satisfacción mínimos
- Si el resultado $< 50\%$: No se alcanza el estándar mínimo

La medición de este indicador se realizó mediante un sistema de puntaje basado en las respuestas a las siguientes preguntas de los cuestionarios CAJ06 - G1 y G2.

Tabla 37 Indicador 1100b Preguntas que responden al indicador

Indicador	Herramienta	Preguntas
1100b	CAJ06 G1	P41, P42, P43, P44, P45, P47, P48, P49
	CAJ06 G2	P46, P47, P48, P49, P50, P52, P53, P54

Los resultados generales muestran un panorama heterogéneo en la satisfacción estudiantil con la Educación Integral en Sexualidad (EIS) en los municipios evaluados. Con un umbral del 70% para considerar a un estudiante como "satisfecho", el **34,62% del total de estudiantes** en zonas de intervención superó este nivel, lo que evidencia un alcance moderado de los objetivos formativos. Sin embargo, este porcentaje varía significativamente entre municipios y grupos demográficos, revelando desafíos críticos en la implementación de la EIS.

Tabla 38 Resultados indicador 1110b por rango etario y municipio

Municipio	Mujeres				Hombres				Total Recuento	Total índice >70%	C. Control	
	12 a 14 años		15 a 18 años		12 a 14 años		15 a 18 años				Recuento	Promedio índice >70%
	Recuento	índice >70%	Recuento	índice >70%	Recuento	índice >70%	Recuento	índice >70%				
Aiquile	13	30.77%	9	55.56%	8	37.50%	8	12.50%	38	34.21%	10	0.00%
El Puente	10	10.00%	4	25.00%	6	0.00%	1	0.00%	21	9.52%	7	14.29%
El Torno	13	30.77%	4	75.00%	9	33.33%	0	No Aplica	26	38.46%	6	33.33%
Padcaya	10	20.00%	6	33.33%	6	16.67%	2	100.00%	24	29.17%	6	0.00%
Porongo	5	60.00%	3	66.67%	9	22.22%	2	50.00%	19	42.11%	4	50.00%
Distrito 6	12	66.67%	6	33.33%	10	20.00%	8	87.50%	36	52.78%	8	12.50%
Tomina	5	20.00%	5	0.00%	9	11.11%	4	25.00%	23	13.04%	5	20.00%
Villa Serrano	12	33.33%	2	100.00%	3	33.33%	4	75.00%	21	47.62%	4	25.00%
Total General	80	33.75%	39	43.59%	60	21.67%	29	51.72%	208	34.62%	50	16.00%

Municipios como Distrito 6 (52.78%) y Porongo (42.11%) destacan porque, en promedio, más del 40% de los estudiantes *dentro de sus respectivos subgrupos* superaron el umbral. Sin embargo, estos porcentajes son agregados y ocultan diferencias internas. Por ejemplo, en Distrito 6, mientras el 87.50% de los hombres de 15-18 años alcanzaron el umbral, solo el 20.00% de las mujeres de 12-14 años lo hicieron. Esto sugiere que la efectividad de la EIS varía incluso dentro de un mismo municipio, dependiendo de la edad y el género.

En contraste, municipios como El Puente (9.52%) y Tomina (13.04%) muestran que menos del 15% de los estudiantes *en sus subgrupos* superaron el umbral, lo que apunta a problemas estructurales, como falta de adaptación cultural de los contenidos o metodologías poco participativas.

Casos excepcionales como Villa Serrano, donde el 100% de las mujeres de 15-18 años (2 de 2 estudiantes) alcanzaron el umbral, revelan posibles buenas prácticas, aunque la muestra reducida (solo 2 estudiantes en ese subgrupo) exige cautela al generalizar.

Los resultados obtenidos reflejan diversidad en las percepciones respecto a la Educación Integral en Sexualidad, un aspecto fundamental para comprender cómo este programa formativo es internalizado según contextos y grupos. Por ejemplo, en **El Torno**, la ausencia de datos en la categoría de hombres de 15-18 años ("No Aplica") evidencia un vacío en la representación de esa población específica, lo que resalta la importancia de ampliar la participación para capturar perspectivas integrales.

Estos casos subrayan que la medición de percepciones juveniles requiere enfoques adaptativos. Para enriquecer la evaluación, se sugiere implementar cuestionarios específicos, aplicados a

una muestra representativa y estratificada en centros educativos, tanto al inicio como al finalizar las actividades de fortalecimiento de la EIS. Esta estrategia permitiría:

- Identificar cambios en la percepción: Comparar si las intervenciones mejoran la sensación de utilidad, confianza o relevancia de la EIS.
- Evaluar retención de contenidos: Incorporar preguntas que midan la comprensión de conceptos clave, más allá de la satisfacción subjetiva.
- Priorizar subgrupos: Asegurar una participación equilibrada por género, edad y contexto para evitar sesgos en la interpretación.

Los adolescentes y jóvenes participantes en espacios de diálogo reconocen que, si bien sus docentes aplican metodologías participativas y abordan los contenidos curriculares de la Educación Integral en Sexualidad (EIS), perciben que estas acciones no son suficientes para resolver sus dudas específicas. Este sentimiento no se atribuye a una falta de competencia docente, sino a la necesidad de incorporar especialistas en sexualidad, salud mental o protección que complementen la labor educativa. Los estudiantes enfatizan que requieren orientación técnica y práctica que trascienda la repetición de conceptos, abordando temas sensibles como diversidad sexual, prevención de violencia de género o salud reproductiva desde un enfoque empático y situado en sus realidades. Esta demanda refleja un llamado a la interdisciplinariedad en la EIS, donde la colaboración entre educadores y expertos externos podría generar espacios más seguros y respuestas concretas a sus inquietudes, fortaleciendo así la confianza en el proceso formativo.

“Los profes son buenos explicando y toso, y si nos enseñan lo que está en los textos, pero no es lo que necesitamos muchas veces. Hay cosas más, no sé, específicas que queremos saber y no siempre ellos pueden responder o nosotros preguntar. No es que no sepan, pero creo que se necesita especialistas para sentir más confianza, que nos expliquen y guíen, pero de una forma que encaje con lo que vivimos.” **Adolescente, 16 años, hombre, D6 Santa Cruz**

Complementando el análisis de resultados con los resultados por dimensión y grupo etario se evidencia que, aunque a Participación tiene un alto promedio (77.04%), esto no se traduce en un Índice >70% elevado, especialmente en mujeres (36.97%). Esto revela que, si bien los estudiantes se involucran en actividades, persisten obstáculos para que perciban la EIS como *holística* o *resolutiva*.

La dimensión más crítica, Comodidad y Confianza (41.51%), correlaciona directamente con el bajo índice general. Por ejemplo, los hombres de 12-14 años, con solo 35.00% en esta dimensión, tienen un Índice >70% de 21.67%, señalando que la incomodidad limita su capacidad para internalizar los contenidos.

Tabla 39 Resultados por dimensión y grupo etario del indicador 1110b

Dimensión	Mujeres			Hombres			Total general	C. Control Total general
	12 a 14 años	15 a 18 años	Total general	12 a 14 años	15 a 18 años	Total general		
Recuento	80	39	119	60	29	89	208	50
Comprensión	57.50%	68.59%	61.13%	47.64%	67.82%	54.21%	58.17%	45.00%
Participación	76.88%	85.90%	79.83%	77.50%	64.66%	73.31%	77.04%	61.50%
Comodidad y Confianza	41.25%	52.14%	44.82%	35.00%	41.38%	37.08%	41.51%	28.67%
Metodología	63.33%	71.79%	66.11%	66.67%	72.41%	68.54%	67.15%	52.00%
Satisfacción	51.88%	71.79%	58.40%	54.72%	65.52%	58.24%	58.33%	44.67%
Índice >70%	33.75%	43.59%	36.97%	21.67%	51.72%	31.46%	34.62%	16.00%

En Metodología, ambos géneros muestran niveles similares (67.15% general), pero la Satisfacción global (58.33%) evidencia que, incluso cuando las estrategias didácticas son bien valoradas, estas no necesariamente se traducen en una experiencia integral que resuelva las necesidades prácticas de los estudiantes. Estos datos refuerzan la necesidad de abordar no solo la calidad técnica de la EIS, sino también su capacidad para generar entornos emocionalmente seguros y respuestas concretas a las demandas juveniles.

Por otro lado, la correlación entre esta percepción y los bajos niveles del Indicador 1110a (41,32% de implementación de la EIS en escuelas focalizadas) revela un escenario de avances fragmentados. Si bien el indicador se ubica en el rango de "implementación limitada", evidencia que la integración de la EIS en las aulas sigue siendo irregular, con brechas críticas en tres dimensiones: 1) Curricular (contenidos desactualizados o poco profundos), 2) Pedagógica (falta de capacitación docente en enfoques socioafectivos) y 3) Comunitaria (resistencia cultural o ausencia de articulación con actores locales). Estas limitaciones explican, en parte, por qué los estudiantes perciben que la EIS no satisface plenamente sus necesidades. Para transformar este panorama, se requiere no solo ampliar la cobertura de la EIS, sino también garantizar su calidad mediante políticas que prioricen la formación docente especializada, la participación de profesionales externos y el diálogo constante con las comunidades educativas.

4.11 Indicador 1120a Porcentaje de adolescentes y jóvenes con habilidades personales adecuadas y confianza para hacer valer sus derechos y expresar sus decisiones sobre su SDR

Tabla 40 Resultados generales del indicador 1120a

Sexo	Línea base	Meta
Mujeres	68.71%	Por Definir
Hombres	62.96%	Por Definir
General	66,30%	Por Definir

Este Indicador según el Plan de Monitoreo y Evaluación del proyecto REACH, evalúa el porcentaje de adolescentes y jóvenes con habilidades personales adecuadas y confianza para hacer valer sus derechos y expresar sus decisiones sobre su SDSR. Su objetivo es medir el desarrollo de habilidades para la vida esenciales, como la autoconfianza, la resolución de conflictos y la comunicación asertiva, que son fundamentales para ejercer una sexualidad informada y responsable.

El indicador se estructura en cinco ámbitos o dimensiones interconectadas. Cada dimensión integra habilidades prácticas y socioemocionales, esenciales para que adolescentes y jóvenes ejerzan autonomía en su Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR).

Tabla 41 Indicador 1120a Descripción de las dimensiones

Dimensión	Definición	Preguntas
Aspiraciones	Evalúa la capacidad de definir metas claras, mantener una actitud proactiva para alcanzarlas y contar con habilidades o redes de apoyo que faciliten su consecución. Incluye la percepción de autoeficacia y la resiliencia frente a obstáculos	P11.5 , P11.6 (CAJ06 -G1 y G2)
Autoestima	Analiza la valoración personal (autoconcepto), la percepción del reconocimiento social y cómo los juicios externos influyen en la confianza del individuo. Combina la seguridad interna con la validación del entorno	P11.1, P11.2, P11.3, P11.4, P11.5 ^a (CAJ06 -G1 y G2)
Toma de decisiones	Mide los procesos previos a la elección (ej.: análisis de opciones) y el nivel de confianza al tomar decisiones, especialmente en contextos que afectan su vida sexual, reproductiva o emocional	P13.1a, P13.1b
Comunicación asertiva	Valora la capacidad de escuchar activamente, expresar necesidades sin agresividad/pasividad y emplear técnicas comunicativas que fomenten el diálogo respetuoso, clave para negociar derechos o límites personales.	P12.1, P12.2, P12.3, P12.4, P12.5, P12.6, P12.7
Manejo de conflictos	Explora la aplicación de lógica, estrategias para abordar desacuerdos y reacciones ante situaciones tensas. Prioriza enfoques constructivos y la gestión emocional durante disputas	P13.2a , P13.2b, P13.2c, P13.2d,

El cálculo del indicador se basa en el procesamiento de información primaria recolectada directamente a través de los instrumentos diseñados para adolescentes y jóvenes (CAJ06-G1 y CAJ06-G2). Este procedimiento permite medir el nivel de empoderamiento a través de un enfoque cuantitativo estandarizado que integra cinco dimensiones clave.

Paso 1: Aplicación del instrumento de recolección de datos

Se aplican los cuestionarios estructurados a adolescentes y jóvenes en las áreas de intervención y comunidades de control seleccionadas para la muestra.

Paso 2: Calificación de preguntas por dimensión

Cada pregunta dentro de una dimensión se califica según una escala preestablecida

Paso 3: Estandarización de puntajes

Con el fin de facilitar la comparación entre dimensiones (que pueden tener diferente número de preguntas o escalas), los puntajes por dimensión se estandarizan en una escala común de 0 a 100. Esto se realiza aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Puntaje estandarizado} = \frac{\text{Puntaje obtenido}}{\text{Puntaje máximo posible}}$$

Este paso asegura que todas las dimensiones tengan el mismo rango de interpretación (de 0 a 100), donde 0 representa que los adolescentes y jóvenes no cuentan con habilidades “adecuadas” y 100 que si cuenta con ellas.

Paso 4: Cálculo promedio por dimensión

Para cada dimensión, se suman las calificaciones de todas sus preguntas y se dividen entre el número total de preguntas en esa dimensión.

Paso 4: Cálculo del promedio general de dimensiones

Se promedian los resultados de todas las dimensiones

$$\text{Promedio genral} = \frac{\text{Suma de promedios de dimensiones}}{\text{Número de dimensiones}}$$

Paso 5: Análisis de resultados mediante el umbral del 50%

El promedio general se compara con el umbral del 50%

- Si el resultado es $\geq 60\%$: Se considera que las adolescentes/jóvenes cuentan con habilidades “adecuadas”.
- Si el resultado es $< 60\%$: No se alcanza el estándar mínimo

Para el análisis de los resultados del Indicador 1120a se aplicó una clasificación por rangos establecidos que permiten evaluar el grado de habilidades personales adecuadas para ejercer sus derechos y decisiones sobre salud sexual y reproductiva (SDSR). Estos rangos no solo miden resultados, sino que guían intervenciones adaptadas a cada contexto, priorizando acciones donde más se necesiten.

Tabla 42 Indicador 1120a Descripción de rangos de análisis de los resultados

Umbral	Interpretación
Menor a 60%	Indica que los adolescentes y jóvenes presentan habilidades personales insuficientes para ejercer sus derechos y decisiones en SDSR. En este rango, se observan debilidades críticas en dimensiones clave: • Aspiraciones: Dificultad para definir metas claras o persistir ante obstáculos. • Autoestima: Baja valoración personal y percepción de poco reconocimiento social. • Toma de decisión: Falta de confianza al elegir o analizar opciones, especialmente en contextos sensibles.

	• Resolución de conflictos: Predominio de reacciones impulsivas o evitación de desacuerdos. • Comunicación asertiva: Limitaciones para expresar necesidades o escuchar activamente. Este resultado señala la urgencia de intervenciones integrales para fortalecer competencias socioemocionales y redes de apoyo.
Igual o Mayor a 60%	Refleja que los adolescentes y jóvenes poseen habilidades personales adecuadas para gestionar su SDSR con autonomía. Se caracteriza por: • Aspiraciones: Capacidad para trazar objetivos y aprovechar recursos disponibles. • Autoestima: Autoconcepto positivo y percepción de validación en su entorno. • Toma de decisión: Confianza en elecciones informadas y análisis previo de consecuencias. • Resolución de conflictos: Uso de estrategias lógicas y manejo constructivo de desacuerdos. • Comunicación asertiva: Diálogo respetuoso, con equilibrio entre expresión propia y escucha activa. Este rango sugiere que las estrategias educativas o comunitarias están generando impacto, aunque aún hay espacio para profundizar en habilidades específicas (ej.: negociación de límites)

Los resultados evidencian una marcada heterogeneidad en la proporción de adolescentes y jóvenes que alcanzan el umbral del 60% en habilidades para ejercer sus derechos y decisiones en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR).

Los resultados, evaluados muestran que en general, las mujeres en zonas de intervención mantienen un desempeño superior (68.71%), aunque con mayor variabilidad, mientras que los hombres registran un índice más modesto (62.96%), apenas por encima del umbral, lo que podría asociarse a una mayor sensibilización en temas de género o a programas focalizados en empoderamiento femenino. Sin embargo, ambos grupos están por encima del umbral mínimo del 60%, lo que indica avances moderados en la formación de habilidades críticas.

En las comunidades de control (C. Control), la brecha se amplía: las mujeres alcanzan un 59.18% (cercano al límite) y los hombres un 51.85%, lo que confirma que las intervenciones tienen un impacto relativo, pero insuficiente para garantizar competencias sólidas en SDSR.

Tabla 43 Indicador 1120a Índice por dimensión, grupo etario, género y municipio. – Mujeres

Municipio	12 a 14 años		15 a 18 años		19 a 28 años		Total Recuento	Total Proporción por encima del umbral >60%	C. Control	
	Recuento	índice 1120a >60%	Recuento	índice 1120a >60%	Recuento	índice 1120a >60%			Recuento	Proporción por encima de >60%
Aiquile	13	53.85%	9	77.78%	3	100.00%	25	68.00%	7	71.43%
El Puente	10	40.00%	4	75.00%	4	75.00%	18	55.56%	4	100.00%
El Torno	13	61.54%	4	100.00%	12	91.67%	29	79.31%	10	60.00%
Padcaya	10	50.00%	6	83.33%	7	85.71%	23	69.57%	5	40.00%
Porongo	5	80.00%	3	100.00%	6	100.00%	14	92.86%	6	50.00%
Distrito 6	12	66.67%	6	66.67%	7	71.43%	25	68.00%	8	87.50%
Tomina	5	60.00%	5	40.00%	1	100.00%	11	54.55%	5	40.00%
Villa Serrano	12	58.33%	2	100.00%	4	25.00%	18	55.56%	4	0.00%
Total General	80	57.50%	39	76.92%	44	81.82%	163	68.71%	49	59.18%

Tabla 44 Indicador 1120a Índice por dimensión, grupo etario, género y municipio. – Hombres

Municipio	12 a 14 años		15 a 18 años		19 a 28 años		Total Recuento	Total Proporción por encima del umbral >60%	C. Control	
	Recuento	índice 1120a >60%	Recuento	índice 1120a >60%	Recuento	índice 1120a >60%			Recuento	Proporción por encima del umbral >60%
Aiquile	8	50.00%	8	62.50%		No aplica	16	56.25%	5	80.00%
El Puente	6	66.67%	1	100.00%	7	42.86%	14	57.14%	4	0.00%
El Torno	9	66.67%		No aplica	5	60.00%	14	64.29%	2	50.00%
Padcaya	6	66.67%	2	50.00%		No aplica	8	62.50%	3	66.67%
Porongo	9	66.67%	2	50.00%	2	50.00%	13	61.54%	2	50.00%
Distrito 6	10	70.00%	8	87.50%	1	100.00%	19	78.95%	5	60.00%
Tomina	9	55.56%	4	25.00%	2	50.00%	15	46.67%	3	33.33%
Villa Serrano	3	33.33%	4	100.00%	2	100.00%	9	77.78%	3	66.67%
Total General	60	61.67%	29	68.97%	19	57.89%	108	62.96%	27	51.85%

Los resultados de línea base del Indicador 1120a, que mide habilidades personales para ejercer derechos y decisiones en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR), revelan valores elevados en dimensiones como toma de decisiones y comunicación asertiva, incluso sin intervenciones previas. Sin embargo, estos altos puntajes contrastan con la limitada capacidad real de los adolescentes y jóvenes para ejercer sus derechos en la práctica. Esta aparente contradicción puede explicarse mediante los siguientes factores contextuales y metodológicos, propios de municipios rurales con barreras estructurales y culturales.

- **Fortalezas intrínsecas:**

Los altos valores en dimensiones como *toma de decisiones* (ej.: 66.67% en hombres de Padcaya) reflejan habilidades cognitivas y sociales desarrolladas en entornos familiares o comunitarios, como la capacidad de analizar opciones o expresar opiniones. Estas competencias pueden surgir de dinámicas cotidianas (ej.: participación en actividades agrícolas o roles comunitarios), donde los jóvenes ejercen cierta autonomía en decisiones prácticas.

- **Barreras externas no medidas por el indicador:**

Aunque los adolescentes muestran confianza en su capacidad para decidir, el ejercicio efectivo de derechos (ej.: acceso a anticoncepción o denuncia de violencia) se ve limitado por:

- **Normas culturales:** Estigmas sobre sexualidad, roles de género rígidos o presión social para mantener prácticas tradicionales.
- **Falta de acceso a servicios:** Centros de salud distantes, personal no capacitado en SDR o ausencia de canales confidenciales para buscar ayuda.
- **Poder jerárquico:** Autoridades locales o figuras familiares que invalidan las decisiones de los jóvenes, especialmente en temas como planificación familiar.

Además, El indicador mide habilidades en escenarios hipotéticos, donde los jóvenes pueden responder según sus valores personales. No obstante, en la práctica, factores como el miedo al rechazo, la dependencia económica o la falta de redes de apoyo limitan la aplicación de esas decisiones. En contextos rurales con altos niveles de adversidad, los jóvenes pueden desarrollar una autoestima elevada (ej.: 72,50% en adolescentes de 15-18 años) como estrategia de afrontamiento, incluso si su entorno no valida sus derechos. Esto crea una disonancia entre la percepción de empoderamiento y las oportunidades reales para actuar.

Tabla 45 Indicador 1120a Resultados por dimensiones y grupo etario

Dimensión	Adolescentes 12-14	Adolescentes 15-18	Adultos 19-28	Porcentaje >60% Total
Aspiraciones	77.95%	83.57%	85.91%	81.23%
Autoestima	67.25%	72.50%	72.86%	69.89%
Comunicación Asertiva	41.63%	46.39%	50.64%	44.93%
Manejo de Conflictos	65.18%	69.29%	66.80%	66.61%
Toma de decisión	56.07%	62.62%	62.43%	59.22%
Índice 1120a Total >60%	59.29%	72.86%	74.60%	66.30%
Índice 1120a Total C. Control	42.11%	58.33%	76.92%	56.58%

Los resultados por dimensiones revelan una tensión entre habilidades colectivas y limitaciones en la expresión autónoma, inherente a contextos rurales con fuerte arraigo comunitario. Manejo de

conflictos muestra un alto desempeño (66.61%), mientras que la comunicación asertiva es la dimensión más débil, especialmente en adolescentes de 12 a 14 años. Esto sugiere que los jóvenes priorizan estrategias de mediación que mantienen la armonía grupal (ej.: ceder ante desacuerdos para evitar conflictos), pero evitan expresar necesidades personales que desafíen normas culturales.

A pesar de que las *aspiraciones* son altas (81.23%), la toma de decisiones concretas es moderada, lo que refleja que, en entornos colectivistas, los jóvenes internalizan metas comunitarias sobre decisiones individuales.

En general, se observa un incremento con la edad (59.29% en 12-14 años vs. 74.60% en 19-28 años), señalando que los adultos jóvenes adquieren mayor autonomía al integrarse a roles sociales activos (ej.: participación en juntas vecinales), pero aún dentro de marcos culturales que restringen la SDR.

Estos datos subrayan que el colectivismo rural fomenta habilidades para la cohesión social, pero no necesariamente para la defensa de derechos individuales, lo que perpetúa la desconexión entre capacidades técnicas (ej.: resolver conflictos) y la práctica real de la autonomía en SDR.

Los altos valores de línea base en habilidades personales reflejan la resiliencia y capacidades intrínsecas de los jóvenes rurales, desarrolladas en entornos adversos. Sin embargo, estos resultados no deben interpretarse como éxito automático de futuras intervenciones, sino como una *base frágil* que requiere acompañamiento estructural. La desconexión entre habilidades y ejercicio de derechos subraya la necesidad de políticas que no solo empoderen a los individuos, sino que también transformen los sistemas que perpetúan las desigualdades. Sin abordar barreras culturales y estructurales, incluso las competencias mejor evaluadas seguirán siendo potenciales desaprovechados.

4.12 Indicador 1120b Porcentaje de adolescentes y jóvenes con conocimientos prácticos adecuados sobre SDR, VSBG y servicios relacionados

Tabla 46 Resultados generales del Indicador 1120b

Sexo	Línea base	Meta
Mujeres	33,13%	Por Definir
Hombres	36,11%	Por Definir
General	34,32%	Por Definir

El indicador 1120b mide según el porcentaje de adolescentes y jóvenes con conocimientos prácticos adecuados sobre SDR, VSBG así como su familiarización con los servicios relacionados. Su objetivo es medir la comprensión aplicada de temas críticos para su autonomía, protección y acceso a recursos, más allá de la mera retención de información teórica.

El indicador se estructura en dos dimensiones clave. Ambas dimensiones, en conjunto, no solo miden lo que los jóvenes *saben*, sino cómo ese conocimiento se convierte en un escudo contra vulneraciones y un puente hacia una vida sexual y reproductiva plena y segura:

Tabla 47 Indicador 1120b Descripción de las dimensiones

Dimensión	Descripción	Preguntas
Protección	Esta dimensión evalúa el conocimiento práctico de adolescentes y jóvenes para identificar, prevenir y actuar ante situaciones de Violencia Sexual y Basada en Género (VSBG). Incluye la capacidad de reconocer distintos tipos de violencia (física, psicológica, sexual) y diferenciar conductas aceptables de aquellas que vulneran derechos fundamentales. Además, explora la comprensión de marcos legales, como leyes contra la violencia sexual, y mecanismos de denuncia accesibles en sus comunidades. Esta dimensión no solo valora el conocimiento teórico, sino la capacidad de traducirlo en acciones concretas para salvaguardar su integridad y la de otros	P55, P56, P57, P58, P59, P59a.
SDSR	Esta dimensión se centra en el conocimiento aplicado sobre derechos sexuales y reproductivos, así como en herramientas para gestionar la salud de manera informada. Abarca desde el reconocimiento de derechos básicos, como el acceso a servicios de salud confidenciales o el consentimiento en relaciones sexuales, hasta temas específicos como la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el uso correcto de métodos anticonceptivos. Esta dimensión busca asegurar que, más allá de la teoría, los adolescentes puedan tomar decisiones autónomas y responsables, respaldadas por información precisa y libre de estigmas.	P19, P20, P26, P17, P22, P23, P24, P25, P27, P28, P29, P45

El cálculo del indicador se basa en el procesamiento de información primaria recolectada directamente a través de los instrumentos diseñados para adolescentes y jóvenes (CAJ06-G1 y CAJ06-G2). Este procedimiento permite medir el nivel de conocimiento a través de un enfoque cuantitativo estandarizado que integra las dos dimensiones clave.

Paso 1: Aplicación del instrumento de recolección de datos

Se aplican los cuestionarios estructurados a adolescentes y jóvenes en las áreas de intervención y comunidades de control seleccionadas para la muestra.

Paso 2: Calificación de preguntas por dimensión

Cada pregunta dentro de una dimensión se califica según una escala preestablecida

Paso 3: Estandarización de puntajes

Con el fin de facilitar la comparabilidad entre dimensiones (que pueden tener diferente número de preguntas o escalas), los puntajes por dimensión se estandarizan en una escala común de 0 a 100. Esto se realiza aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Puntaje estandarizado} = \frac{\text{Puntaje obtenido}}{\text{Puntaje máximo posible}}$$

Este paso asegura que todas las dimensiones tengan el mismo rango de interpretación (de 0 a 100), donde 0 representa que los adolescentes y jóvenes no cuentan con conocimientos “adecuados” y 100 que si cuenta con ellos.

Paso 4: Cálculo promedio por dimensión

Para cada dimensión, se suman las calificaciones de todas sus preguntas y se dividen entre el número total de preguntas en esa dimensión.

Paso 4: Cálculo del promedio general de dimensiones

Se promedian los resultados de todas las dimensiones

$$\text{Promedio genral} = \frac{\text{Suma de promedios de dimensiones}}{\text{Número de dimensiones}}$$

Paso 5: Análisis de resultados mediante el umbral del 50%

El promedio general se compara con el umbral del 50%

- Si el resultado es **≥50%**: Se considera que las adolescentes/jóvenes cuentan con conocimientos “adecuados”.
- Si el resultado es **<50%**: No se alcanza el estándar mínimo

Los datos revelan disparidades significativas en el nivel de conocimientos prácticos sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) y Violencia Sexual y Basada en Género (VSBG) entre adolescentes y jóvenes, tanto por género como por municipio. Aunque el umbral del 50% marca un estándar mínimo, los resultados generales muestran que la mayoría de los grupos evaluados no lo alcanzan, lo que subraya desafíos críticos en la transmisión y aplicación de información relevante.

Tabla 48 Resultados Indicador 1120b por municipio, grupo etario y género – Mujeres

Municipio	12 a 14 años		15 a 18 años		19 a 28 años		Total Recuento	Total índice 1120b >50%	C. Control	
	Recuento	índice 1120b >50%	Recuento	índice 1120b >50%	Recuento	índice 1120b >50%			Recuento	índice 1120b >50%
Aiquile	13	23.08%	9	44.44%	3	0.00%	25	28.00%	7	14.29%
El Puente	10	30.00%	4	75.00%	4	50.00%	18	44.44%	4	50.00%
El Torno	13	15.38%	4	0.00%	12	50.00%	29	27.59%	10	40.00%
Padcaya	10	30.00%	6	83.33%	7	85.71%	23	60.87%	5	0.00%
Porongo	5	20.00%	3	33.33%	6	16.67%	14	21.43%	6	83.33%
Distrito 6	12	33.33%	6	33.33%	7	14.29%	25	28.00%	8	75.00%
Tomina	5	20.00%	5	60.00%	1	100.00%	11	45.45%	5	0.00%
Villa Serrano	12	16.67%	2	0.00%	4	0.00%	18	11.11%	4	0.00%
Total General	80	23.75%	39	46.15%	44	38.64%	163	33.13%	49	36.73%

Tabla 49 resultados indicador 1120b por municipio, grupo etario y género - Hombres

Municipio	12 a 14 años		15 a 18 años		19 a 28 años		Total Recuento	Total índice 1120b >50%	C. Control	
	Recuento	índice 1120b >50%	Recuento	índice 1120b >50%	Recuento	índice 1120b >50%			Recuento	índice 1120b >50%
Aiquile	8	37.50%	8	62.50%			16	50.00%	5	0.00%
El Puente	6	50.00%	1	100.00%	7	85.71%	14	71.43%	4	0.00%
El Torno	9	0.00%			5	0.00%	14	0.00%	2	50.00%
Padcaya	6	16.67%	2	100.00%			8	37.50%	3	33.33%
Porongo	9	0.00%	2	0.00%	2	0.00%	13	0.00%	2	50.00%
Distrito 6	10	10.00%	8	75.00%	1	0.00%	19	36.84%	5	0.00%
Tomina	9	33.33%	4	75.00%	2	50.00%	15	46.67%	3	0.00%
Villa Serrano	3	0.00%	4	75.00%	2	50.00%	9	44.44%	3	0.00%
Total General	60	18.33%	29	68.97%	19	42.11%	108	36.11%	27	11.11%

Solo el 36.11% de los hombres supera el umbral, con municipios como El Puente (71.43%) y Tomina (46.67%) como excepciones. En contraste, El Torno (0%), Porongo (0%) y Distrito 6 (36.84%) reflejan graves carencias, especialmente en adolescentes de 12-14 años (ej.: 0% en El Torno). Las mujeres con un 33.13%, su desempeño es ligeramente inferior al de los hombres, aunque con casos destacados como Padcaya (60.87%) y Tomina (45.45%). Municipios como Villa Serrano (11.11%) y Porongo (21.43%) evidencian barreras estructurales.

Las brechas por grupo etario son significativas. En el grupo de adolescentes de 12 a 14 años, Ambos géneros muestran resultados críticos (hombres: 18.33%, mujeres: 23.75%), lo que señala que los programas no están adaptados a preadolescentes. Por ejemplo, en Distrito 6, solo el 10% de los hombres y 33.33% de las mujeres de este grupo superan el umbral. Los adolescentes hombres de 15 a 18 años alcanzan el 68.97%, lo que podría reflejar que acceden a información práctica en temas SDR en espacios sociales, comunitarios e incluso deportivos, mientras que las mujeres enfrentan restricciones para discutir estos temas abiertamente. El grupo de jóvenes mujeres de 19 a 28 años superan levemente a los hombres (38.64% vs. 42.11%), con casos como Tomina (100% en mujeres) y El Puente (85.71% en hombres), indicando que la autonomía en la edad adulta facilita el acceso a información.

De manera complementaria se analizan los resultados desglosados por temas y grupos etarios revelan avances desiguales en los conocimientos sobre SDR y Protección, así como desafíos persistentes que reflejan barreras culturales, metodológicas y de acceso a información.

Tabla 50 Resultados indicador 1120b por temáticas evaluadas en las dimensiones por grupo etario

Temas	12 a 14 años	15 a 18 años	19 a 28 años	Total general
Derechos Sexuales y Reproductivos	41.43%	56.79%	55.32%	48.51%
Acceso a Información	33.27%	58.40%	56.59%	45.00%
Conocimientos de Protección	41.82%	59.22%	44.30%	46.76%
Prevención de Violencia	18.39%	28.72%	26.49%	22.87%
Comunidad de Control				
Derechos Sexuales y Reproductivos	34.56%	50.97%	60.00%	45.86%
Acceso a Información	30.92%	39.02%	59.62%	42.02%
Conocimientos de Protección	34.45%	50.00%	49.65%	42.11%
Prevención de Violencia	16.20%	27.08%	24.28%	20,68%

Los resultados del indicador 1120b evidencian una relación directa entre las temáticas abordadas y el nivel de conocimientos de los adolescentes. Las dimensiones con mayor desempeño, como Derechos Sexuales y Reproductivos (48.51%) y Acceso a Información (45.00%), se correlacionan con grupos etarios que tienen mayor acceso a servicios de salud para abordar temáticas SDR.

Sin embargo, la prevención de violencias, registra el promedio más bajo (22,87%), lo que sugiere que los programas existentes priorizan la transmisión de conceptos teóricos, pero descuidan las habilidades prácticas. La brecha es particularmente crítica en adolescentes de 12-14 años, donde todas las dimensiones caen drásticamente (ej.: 18.39% en prevención de violencia), lo que refleja que los contenidos no están adaptados a su madurez cognitiva ni a sus necesidades inmediatas. Por otro lado, en comunidades de control, los adultos jóvenes (19-28 años) superan a los grupos intervenidos en temas como derechos (60.00%) y acceso a información (59.62%), lo que indica que la experiencia vital y las redes informales suplen parcialmente la falta de intervenciones formales, aunque con riesgos de desinformación.

Los bajos resultados, especialmente en preadolescentes y en prevención de violencia, se explican por barreras multifacéticas. En primer lugar, la resistencia cultural a discutir temas sensibles como violencia sexual o métodos anticonceptivos con menores de 14 años limita su acceso a información veraz, perpetuando mitos y desconocimiento. Segundo, la falta de adaptación metodológica: los programas usan enfoques abstractos o técnicos, inadecuados para captar la atención de preadolescentes, quienes requieren estrategias lúdicas (ej.: juegos, narrativas interactivas). Finalmente, los roles de género rígidos normalizan conductas violentas y desincentivan a las mujeres jóvenes a exigir sus derechos, mientras que los hombres carecen de espacios para abordar temas como consentimiento o paternidad responsable. Estas barreras, combinadas con sistemas educativos fragmentados y la dependencia de aprendizajes informales en comunidades de control, generan un ciclo donde el conocimiento teórico no se traduce en autonomía real, dejando a los adolescentes vulnerables frente a riesgos prevenibles.

4.13 Indicador 1120c Porcentaje de adolescentes y jóvenes que perciben a las mujeres/niñas como iguales a los hombres/niños

Tabla 53 Resultados generales del Indicador 1120c

Sexo	Línea base	Meta
Mujeres	36,81	Por Definir
Hombres	14,81%	Por Definir
General	28,04%	Por Definir

El indicador 1120c según el Plan de Monitoreo y Evaluación del proyecto REACH, mide el porcentaje de adolescentes y jóvenes que perciben un grado de igualdad, evaluando sus actitudes y creencias frente a roles, responsabilidades y derechos asignados tradicionalmente por razones de género. Su objetivo es identificar si las nuevas generaciones internalizan estereotipos discriminatorios o si, por el contrario, adoptan una visión igualitaria que promueva la equidad en ámbitos privados y público.

Este indicador cumple un papel esencial en el análisis y la promoción de la equidad de género. En primer lugar, permite realizar un diagnóstico de brechas culturales al identificar estereotipos profundamente arraigados que limitan las oportunidades para mujeres y niñas. Además, ayuda a identificar riesgos sociales, revelando regiones o grupos donde la desigualdad está normalizada y, por ende, incrementa la vulnerabilidad ante la violencia o la exclusión. En conjunto, este indicador es una herramienta estratégica para impulsar cambios estructurales y generar condiciones más inclusivas y seguras.

El indicador se centra en tres dimensiones clave que permiten identificar si las nuevas generaciones están construyendo y percibiendo una cultura de equidad o si aún reproducen patrones de desigualdad

Tabla 51 Indicador 1120c Descripción de las dimensiones

Dimensión	Definición
Estereotipos de género	Esta dimensión evalúa las creencias de adolescentes y jóvenes sobre roles tradicionalmente asignados a hombres y mujeres en ámbitos privados y públicos. Incluye la identificación de normas sociales que perpetúan desigualdades. También analiza percepciones sobre actividades consideradas "femeninas" o "masculinas", como la distribución de tareas domésticas, el acceso a educación técnica o la participación en liderazgos comunitarios.
Roles y responsabilidades	Esta dimensión evalúa las percepciones sobre cómo se distribuyen los roles y responsabilidades entre hombres y mujeres en distintos ámbitos, como el hogar, el trabajo y la comunidad. Incluye creencias acerca de quién debe encargarse de tareas domésticas, provisión económica y roles de liderazgo en espacios públicos. También analiza actitudes hacia la flexibilidad de estos roles, como la aceptación de hombres que asumen labores de cuidado o mujeres que desempeñan profesiones tradicionalmente masculinizadas.
Toma de decisiones	Esta dimensión mide las actitudes hacia la capacidad de mujeres y niñas para tomar decisiones clave en su vida personal y colectiva. Abarca opiniones sobre quién debería decidir en temas como la elección de una carrera profesional, el uso de métodos anticonceptivos, la participación política o la gestión de recursos económicos.

El cálculo del indicador se basa en el procesamiento de información primaria recolectada directamente a través de los instrumentos diseñados para adolescentes y jóvenes (CAJ06-G1 y CAJ06-G2). Este procedimiento permite medir el nivel de conocimiento a través de un enfoque cuantitativo estandarizado que integra las tres dimensiones clave.

Paso 1: Aplicación del instrumento de recolección de datos

Se aplican los cuestionarios estructurados a adolescentes y jóvenes en las áreas de intervención y comunidades de control seleccionadas para la muestra.

Paso 2: Calificación de preguntas por dimensión

Cada pregunta dentro de una dimensión se califica según una escala preestablecida

Paso 3: Estandarización de puntajes

Con el fin de facilitar la comparabilidad entre dimensiones (que pueden tener diferente número de preguntas o escalas), los puntajes por dimensión se estandarizan en una escala común de 0 a 100. Esto se realiza aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Puntaje estandarizado} = \frac{\text{Puntaje obtenido}}{\text{Puntaje máximo posible}}$$

Este paso asegura que todas las dimensiones tengan el mismo rango de interpretación (de 0 a 100), donde 0 representa que los adolescentes y jóvenes no perciben que las mujeres/niñas como iguales a hombres/niños y 100 que si perciben la igualdad.

Paso 4: Cálculo promedio por dimensión

Para cada dimensión, se suman las calificaciones de todas sus preguntas y se dividen entre el número total de preguntas en esa dimensión.

Paso 4: Cálculo del promedio general de dimensiones

Se promedian los resultados de todas las dimensiones

$$\text{Promedio genral} = \frac{\text{Suma de promedios de dimensiones}}{\text{Número de dimensiones}}$$

Paso 5: Análisis de resultados mediante el umbral del 70%

El promedio general se compara con el umbral del 70%

- Si el resultado es $\geq 70\%$: Se considera que las adolescentes/jóvenes cuentan con conocimientos "adecuadas".
- Si el resultado es $< 70\%$: No se alcanza el estándar mínimo

Tabla 52 Resultados generales del Indicador 1120c

Municipio	12 a 14 años		15 a 18 años		19 a 28 años		Total Recuento	Total índice 1120c >70%	C. Control	
	Recuento	índice 1120c >70%	Recuento	índice 1120c >70%	Recuento	índice 1120c >70%			Recuento	índice 1120c >70%
Aiquile	21	14.29%	17	23.53%	3	33.33%	41	19.51%	12	0.00%
El Puente	16	43.75%	5	20.00%	11	45.45%	32	40.63%	8	25.00%
El Torno	22	9.09%	4	75.00%	17	58.82%	43	34.88%	12	33.33%
Padcaya	16	12.50%	8	37.50%	7	42.86%	31	25.81%	8	12.50%
Porongo	14	7.14%	5	60.00%	8	62.50%	27	33.33%	8	25.00%
Distrito 6	22	31.82%	14	21.43%	8	37.50%	44	29.55%	13	30.77%
Tomina	14	7.14%	9	22.22%	3	0.00%	26	11.54%	8	12.50%
Villa Serrano	15	26.67%	6	33.33%	6	16.67%	27	25.93%	7	0.00%
Total General	140	19.29%	68	30.88%	63	44.44%	271	28.04%	76	18.42%

Tabla 54 Resultados Indicador 1120c Resultado por municipio y grupo etario - Hombres

Municipio	12 a 14 años		15 a 18 años		19 a 28 años		Total Recuento	Total índice 1120c >70%	C. Control	
	Recuento	índice 1120c >70%	Recuento	índice 1120c >70%	Recuento	índice 1120c >70%			Recuento	índice 1120c >70%
Aiquile	8	0.00%	8	0.00%			16	0.00%	5	0.00%
El Puente	6	33.33%	1	0.00%	7	57.14%	14	42.86%	4	25.00%
El Torno	9	0.00%			5	40.00%	14	14.29%	2	0.00%
Padcaya	6	0.00%	2	0.00%			8	0.00%	3	0.00%
Porongo	9	0.00%	2	50.00%	2	50.00%	13	15.38%	2	50.00%
Distrito 6	10	20.00%	8	0.00%	1	0.00%	19	10.53%	5	40.00%
Tomina	9	11.11%	4	25.00%	2	0.00%	15	13.33%	3	0.00%
Villa Serrano	3	0.00%	4	25.00%	2	50.00%	9	22.22%	3	0.00%
Total General	60	8.33%	29	10.34%	19	42.11%	108	14.81%	27	14.81%

Tabla 55 Resultados Indicador 1120c Resultado por municipio y grupo etario – Mujeres

Municipio	12 a 14 años		15 a 18 años		19 a 28 años		Total Recuento	Total índice 1120c >70%	C. Control	
	Recuento	índice 1120c >70%	Recuento	índice 1120c >70%	Recuento	índice 1120c >70%			Recuento	índice 1120c >70%
Aiguile	13	23.08%	9	44.44%	3	33.33%	25	32.00%	7	0.00%
El Puente	10	50.00%	4	25.00%	4	25.00%	18	38.89%	4	25.00%
El Torno	13	15.38%	4	75.00%	12	66.67%	29	44.83%	10	40.00%
Padcaya	10	20.00%	6	50.00%	7	42.86%	23	34.78%	5	20.00%
Porongo	5	20.00%	3	66.67%	6	66.67%	14	50.00%	6	16.67%
Distrito 6	12	41.67%	6	50.00%	7	42.86%	25	44.00%	8	25.00%
Tomina	5	0.00%	5	20.00%	1	0.00%	11	9.09%	5	20.00%
Villa Serrano	12	33.33%	2	50.00%	4	0.00%	18	27.78%	4	0.00%
Total General	80	27.50%	39	46.15%	44	45.45%	163	36.81%	49	20.41%

Los resultados del Indicador 1120c, que evalúa la percepción de igualdad de género, revelan un escenario crítico entre los hombres adolescentes y jóvenes. En la mayoría de los municipios, menos del 15% supera el umbral del 70% de visión igualitaria, con casos extremos como Aiguile y Padcaya (0% en todos los grupos etarios). Solo El Puente (42.86%) y Villa Serrano (22.22%) muestran avances moderados, concentrados en jóvenes de 19-28 años. Esta brecha refleja la persistencia de normas culturales que asignan roles rígidos a hombres y mujeres, especialmente en zonas rurales. Por ejemplo, en Porongo, aunque el 50% de los hombres de 15-18 años alcanza el umbral, los de 12-14 años registran 0%, lo que sugiere que los estereotipos se internalizan desde la adolescencia temprana.

Los datos de hombres sugieren que las mujeres enfrentan entornos donde su autonomía es subestimada, incluso si conocen sus derechos. Por ejemplo, en El Torno, el 0% de los hombres percibe igualdad de género, lo que implica un entorno social donde las mujeres probablemente enfrentan mayores restricciones para ejercer liderazgo o tomar decisiones.

Se observa una brecha significativa por género. Solo 36.81% de las mujeres entre 12 y 28 años perciben a las mujeres como iguales a los hombres, mientras que esta percepción es notablemente menor en los hombres del mismo rango de edad, con solo un 14.81%. Los resultados podrían estar influenciados por estereotipos de género y roles culturales.

En el grupo de 12 a 14 años, apenas un 8,33% de los hombres perciben a las mujeres como iguales, lo que muestra una percepción muy baja en las etapas más tempranas de desarrollo. Los resultados podrían estar influenciados por los roles y estereotipos tradicionales en el ambiente familiar y social, considerando que a esa edad están formando su identidad.

Esta situación evidencia la necesidad de trabajar sobre las dinámicas cotidianas de las y los adolescentes en su contexto. Durante el ingreso a campo se pudo evidenciar que aún persisten un

mirada patriarcal en el sistema familiar, que de alguna manera influyen en las decisiones de los menores.

“Vemos casos todo el tiempo, aunque se trabajan temas de igualdad y prevención de violencia, al final los chicos terminan aprendiendo más de lo que ven en sus casa que de lo que se les enseña. Por ejemplo, todavía es muy común que las mujeres sigan quedándose en casa a cargo de las tareas domésticas, mientras que los hombres son quienes trabajan para mantener a la familia. También está la idea de que las hijas deben atender a sus hermanos, como si fuera su responsabilidad. Todo esto refuerza los mismos roles y estereotipos que tratamos de cambiar, y ahí es donde creo que se necesita trabajar más, no solo en los talleres, pero es complicado.”

Representante de gabinete de psicología SLIM 29 años, mujer, Tomina

“Yo quiero decir algo que me cuesta aceptar, pero es nuestra realidad, es que muchas veces sabemos que las cosas no deberían ser así (hablando de la tolerancia a la violencia). Pero nuestra realidad es otra cosa, tenemos hijos desde jovencitas y sin trabajar, sin recursos no podemos hacer mucho. Pasa la violencia y queremos hacer algo al principio pero todo es plata, hasta para denunciar, y que hacemos con los hijos, de qué vivimos. Es duro, pero casi siempre nos toca dejar pasar, esperando que no se repita o no se haga más serio. Difícil es ser mujer” **Participante de encuesta, 26 años, mujer, Villa Serrano**

Tabla 56 Resultados por dimensión y grupo etario

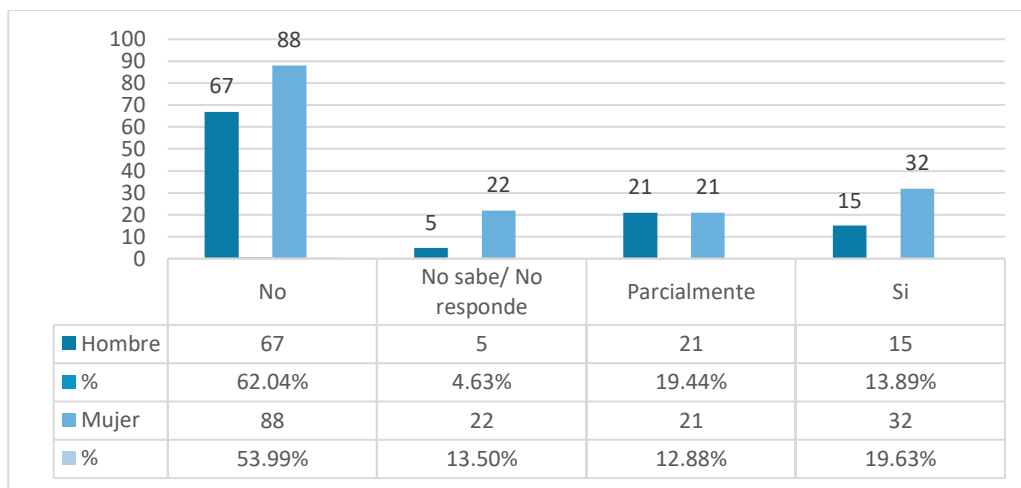
Dimensión	Adolescentes s 12-14	Adolescentes 15-18	Adultos 19-28	Promedio Total
Roles y Responsabilidades	89.38%	91.96%	87.41%	89.57%
Estereotipos	38.93%	41.67%	51.98%	42.65%
Toma de Decisiones	90.00%	92.65%	91.11%	90.92%
Percepción General	25.00%	31.62%	34.52%	28.87%
Índice 1120c Total >70%	19.29%	30.88%	44.44%	28.04%
Índice 1120c Total C. Control	15.79%	16.67%	23.08%	18.42%

El análisis por dimensiones, los resultados revelan una paradoja entre la percepción de igualdad en roles concretos y la persistencia de estereotipos profundos, lo que refleja la complejidad de transformar normas culturales. En la dimensión de Roles y Responsabilidades, los altos porcentajes (89.57% promedio) sugieren que adolescentes y jóvenes perciben una distribución equitativa de tareas domésticas, cuidado y liderazgo. Por ejemplo, el 91.96% de los adolescentes de 15-18 años considera que hombres y mujeres deben compartir responsabilidades. Sin embargo, esta visión contrasta radicalmente con la dimensión de Estereotipos, donde solo el 42.65% rechaza creencias como "los hombres son mejores para trabajos técnicos" o "las mujeres son más emocionales". Esta discrepancia indica que, aunque se acepta la igualdad en la práctica cotidiana, subsisten prejuicios internalizados que limitan oportunidades estructurales.

La dimensión de Toma de Decisiones (90.92% promedio) refuerza esta dualidad: los jóvenes apoyan la autonomía femenina en elecciones clave (ej.: educación o salud reproductiva), pero la Percepción

General de igualdad es notablemente baja (28.87%). Esto sugiere que, a pesar de avances en roles específicos, persiste una normalización de la desigualdad en ámbitos como el acceso a recursos, participación política o valoración social.

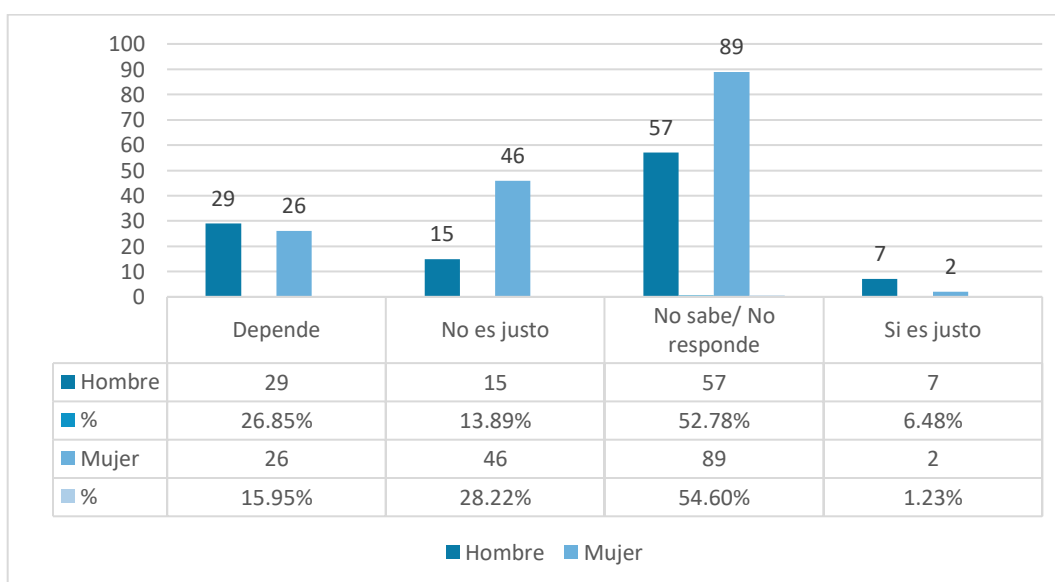
Gráfico 6 Respuesta de P16.6 ¿Crees que los hombres tienen privilegios en el hogar por encima de las mujeres?



Los datos de las preguntas P16.6 y P16.7 confirman que, a pesar de los avances en la percepción de igualdad en Roles y Responsabilidades (89.57% en el Indicador 1120c), persisten privilegios masculinos profundamente normalizados en el hogar, así como resistencias para cuestionar su legitimidad. El 62.04% de los hombres y 53.99% de las mujeres respondieron que **NO** creen que los hombres tengan privilegios en el hogar. Esto sugiere una falta de conciencia sobre desigualdades estructurales, posiblemente porque roles tradicionales (ej.: hombres como "proveedores" y mujeres como "cuidadoras") se perciben como *naturales* y no como privilegios.

Esta negación expone una contradicción: mientras se acepta teóricamente la distribución equitativa de tareas, se invisibilizan jerarquías de poder arraigadas.

Gráfico 7 Respuesta de P16.7 ¿Crees que esos privilegios son justos?



También se ha identificado una ambivalencia frente a la percepción de si estos privilegios son "justos". Entre quienes sí reconocen privilegios (minorías), la mayoría evita posicionarse claramente: 52.78% de los hombres y 54.60% de las mujeres eligieron "No sabe/No responde", mientras que un 26.85% de hombres y 15.95% de mujeres respondieron "Depende". Esto refleja una normalización cultural de la desigualdad, donde los privilegios se justifican como "funcionales" (ej.: "el hombre trabaja más") o se evita cuestionarlos para mantener la armonía familiar. Solo una minoría rechaza abiertamente estos privilegios: 13.89% de hombres y 28.22% de mujeres los consideran *injustos*. La brecha de género aquí es clave: las mujeres, aunque más críticas, aún enfrentan presiones para validar roles tradicionales.

Los datos no solo revelan una falta de reconocimiento de privilegios, sino también una resistencia a confrontarlos, incluso entre quienes los identifican. Esto subraya que la igualdad formal (ej.: distribución de tareas) no basta si no se desmontan jerarquías de poder invisibles. La transformación requiere ir más allá de las percepciones superficiales y abordar las creencias que sostienen la inequidad como algo "normal" o "inevitable".

4.14 Indicador 1130a Porcentaje de integrantes de la familia y de la comunidad con una actitud positiva y conocimientos prácticos adecuados para apoyar y promover los SDR de AMJ

Tabla 57 Resultados generales del Indicador 1130a

Sexo	Línea base	Meta
Mujeres	38,46%	Por Definir
Hombres	43,33%	Por Definir
General	42,24%	Por Definir

El Indicador 1130a mide el nivel de compromiso y capacidad práctica de la familia y de la comunidad para respaldar los derechos y la salud sexual y reproductiva de las adolescentes y jóvenes mujeres. Se estructuran dos dimensiones clave interdependientes: sin protección contra violencias, el ejercicio de los SDR se ve limitado por el miedo o la opresión; y sin conocimientos en SDR, incluso entornos seguros carecen de herramientas para garantizar una salud reproductiva plena. Juntas, definen un ecosistema integral donde los derechos de AMJ se respetan y se defienden

Tabla 58 Indicador 1130a Descripción de las dimensiones

Dimensión	Definición	Preguntas
Protección	Esta dimensión analiza la capacidad de familias y comunidades para identificar, prevenir y actuar frente a situaciones de violencia física, psicológica o sexual que afectan a adolescentes y jóvenes. Abarca el conocimiento de leyes contra la violencia de género, protocolos de denuncia y rutas de atención, así como la disposición a intervenir en casos de abuso.	P42, P43, P44, P46, P47, P48, P49, P50, P51, P51a
Roles y responsabilidades	Esta dimensión evalúa el nivel de conocimiento y las actitudes positivas de familias y comunidades hacia la autonomía de adolescentes y jóvenes en decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva. Incluye la comprensión de temas como acceso a métodos anticonceptivos, prevención de ITS, salud menstrual, derechos al consentimiento y privacidad, así como el apoyo activo a la educación sexual integral.	P15, P16, P17, P19, P20, P21, P22, P24, P28, P29, P31, P32, P35, P37, P39

El cálculo del indicador se basa en el procesamiento de información primaria recolectada directamente a través del instrumento diseñado para integrantes de la familia (CFC07). Este procedimiento permite medir el nivel de conocimiento a través de un enfoque cuantitativo estandarizado que integra las tres dimensiones clave.

Paso 1: Aplicación del instrumento de recolección de datos

Se aplican los cuestionarios estructurados los miembros de las familias en las áreas de intervención y comunidades de control seleccionadas para la muestra.

Paso 2: Calificación de preguntas por dimensión

Cada pregunta dentro de una dimensión se califica según una escala preestablecida

Paso 3: Estandarización de puntajes

Con el fin de facilitar la comparativa entre dimensiones (que pueden tener diferente número de preguntas o escalas), los puntajes por dimensión se estandarizan en una escala común de 0 a 100. Esto se realiza aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Puntaje estandarizado} = \frac{\text{Puntaje obtenido}}{\text{Puntaje máximo posible}}$$

Este paso asegura que todas las dimensiones tengan el mismo rango de interpretación (de 0 a 100), donde 0 representa que los integrantes de las familias no cuentan con una actitud positiva ni conocimientos para apoyar los SDR y protección contra violencias de las AJM y 100 que si cuentan con la actitud y el conocimiento.

Paso 4: Cálculo promedio por dimensión

Para cada dimensión, se suman las calificaciones de todas sus preguntas y se dividen entre el número total de preguntas en esa dimensión.

Paso 4: Cálculo del promedio general de dimensiones

Se promedian los resultados de todas las dimensiones

$$\text{Promedio genral} = \frac{\text{Suma de promedios de dimensiones}}{\text{Número de dimensiones}}$$

Paso 5: Análisis de resultados mediante el umbral del 60%

El promedio general se compara con el umbral del 60%

- Si el resultado es **≥60%**: Se considera que las adolescentes/jóvenes cuentan con conocimientos "adecuadas".
- Si el resultado es **<60%**: No se alcanza el estándar mínimo

Los resultados del Indicador 1130a revelan un panorama heterogéneo en el compromiso de familias para apoyar los derechos y la protección de adolescentes y jóvenes. A nivel general, el 42.24% de los participantes en zonas de intervención supera el umbral del 60%, lo que indica avances moderados en la consolidación de entornos seguros e informados. Sin embargo, este promedio oculta disparidades críticas: municipios como Tomina (91.67%) y El Puente (71.43%) destacan por su

alto desempeño, reflejando estrategias exitosas que combinan educación comunitaria y acceso a recursos. En contraste, Porongo (8.33%) y Villa Serrano (8.33%) muestran índices alarmantemente bajos, lo que sugiere falta de programas adaptados a contextos rurales, resistencia cultural a discutir temas de sexualidad o carencia de líderes locales comprometidos.

Tabla 59 Resultados del Indicador 1130a por municipio y género

Municipio	Mujeres		Hombres		Total Recuento	Total índice 1130a >60%	C. Control	
	Recuento	índice 1130a >60%	Recuento	índice 1130a >60%			Recuento	índice 1130a >60%
Aiquile	4	50.00%	14	71.43%	18	66.67%	5	40.00%
El Puente	4	50.00%	10	80.00%	14	71.43%	3	33.33%
El Torno	1	0.00%	17	41.18%	18	38.89%	5	20.00%
Padcaya	4	0.00%	10	40.00%	14	28.57%	3	0.00%
Porongo	1	0.00%	11	9.09%	12	8.33%	2	100.00%
Distrito 6	5	40.00%	11	9.09%	16	18.75%	5	0.00%
Tomina	4	100.00%	8	87.50%	12	91.67%	3	0.00%
Villa Serrano	3	0.00%	9	11.11%	12	8.33%	3	0.00%
Total General	26	38.46%	90	43.33%	116	42.24%	29	20.69%

Los resultados del indicador 1130a evidencian una brecha de género moderada pero significativa en el compromiso de las familias para apoyar los derechos y la protección de las adolescentes y jóvenes. Mientas que el 43,33% de los hombres y el 38,46% de las mujeres superan el umbral del 60% en actitudes positivas y conocimientos prácticos, ambos porcentajes reflejan un déficit generalizado: menos de la mitad de los miembros de las familias cuenta con herramientas para respaldar efectivamente a las adolescentes y jóvenes en temas de salud sexual y prevención de violencias. Esta falta de preparación valida hallazgos previos, donde se identificó que la *autorización familiares* es una barrera crítica para que adolescentes accedan a información y servicios de SDRS, perpetuando ciclos de desinformación y vulnerabilidad.

"En las familias generalmente somos las madres quienes hablamos a los hijos sobre cómo cuidarse y la higiene y esos temas, aunque no siempre sabemos todo lo necesario, pero hacemos lo que podemos. Con los homrecitos es más difíciles como madres explicarles porque es incómodo...y los padres no siempre quieren o saben o aceptan. Así que vemos que ese es un problema "

Presidenta Bartolina Sisa, 36 años, mujer, Tomina

La brecha de género, aunque estrecha, revela dinámicas socioculturales complejas. Por un lado, los hombres muestran un ligero mayor porcentaje de adherencia al umbral, posiblemente vinculado a su rol tradicional como *"tomadores de decisiones"* en el hogar, lo que les otorga mayor acceso a información comunitaria o participación en espacios públicos. Por otro lado, las mujeres, a pesar de su menor porcentaje, suelen cargar con la responsabilidad primaria del cuidado y, por ende, están más expuestas a las consecuencias de la falta de educación sexual (ej.: embarazos adolescentes, violencia doméstica). Esto podría explicar por qué, en municipios como **Tomina** (100% de mujeres

con alto puntaje), aquellas que logran superar el umbral se convierten en agentes clave para sensibilizar a sus hijas, buscando romper ciclos de riesgo.

Sin embargo, el bajo desempeño general en ambos géneros subraya que los roles tradicionales, lejos de ser una solución, son parte del problema: sin una corresponsabilidad equitativa y políticas que involucren a todos los miembros de la familia, incluso las mujeres más sensibilizadas enfrentan límites para traducir su conciencia en acción efectiva. La equidad en SDR no se alcanzará hasta que hombres y mujeres trabajen como aliados, desmontando normas que restringen tanto a quienes cuidan como a quienes deciden.

Tabla 60 resultados por dimensión, temática y género

Temas Dimensión SDR	Hombre	Mujer	Total general	C. Control Total general
Conocimientos SDR	54.43%	66.59%	63.86%	50.48%
Conocimientos ITS	61.54%	69.17%	67.46%	60.34%
Conocimiento Embarazos y Anticonceptivos	33.23%	37.51%	36.55%	31.43%
Acceso a Información	70.43%	71.09%	70.94%	67.73%
Actitudes de Apoyo	70.29%	76.95%	75.46%	71.53%
Temas Dimensión Protección	Hombre	Mujer	Total general	C. Control Total general
Conocimientos de Protección	60.26%	66.96%	65.46%	59.54%
Conocimientos de Denuncia	59.62%	54.24%	55.44%	49.14%
Actitudes sobre Protección	26.46%	25.74%	25.90%	27.39%

Los resultados del Indicador 1130a muestran avances desiguales entre las dimensiones de SDR y Protección, con brechas de género y áreas críticas que demandan atención. En la dimensión de SDR, las mujeres destacan en conocimientos específicos: 66.59% en SDR general (vs. 54.43% en hombres) y 69.17% en ITS (vs. 61.54%), lo que refleja su rol tradicional como cuidadoras y su exposición a temas de salud reproductiva. Sin embargo, ambos géneros presentan debilidades en Embarazos y Anticonceptivos (36.55% general), un dato alarmante que sugiere mitos persistentes o acceso limitado a métodos modernos. Por otro lado, el Acceso a Información (70.94%) y las Actitudes de Apoyo (75.46%) son altos, lo que indica que, aunque existe apertura para dialogar sobre SDR, esto no siempre se traduce en conocimientos prácticos para prevenir riesgos como embarazos no planificados.

En la dimensión de Protección contra Violencias, los Conocimientos de Protección son mayores en mujeres (66.96% vs. 60.26%), posiblemente por su exposición a redes de apoyo o campañas focalizadas. No obstante, los hombres superan ligeramente a las mujeres en Conocimientos de Denuncia (59.62% vs. 54.24%), lo que podría vincularse a su mayor participación en espacios institucionales. La brecha más crítica está en las Actitudes sobre Protección, con un promedio de solo 25.90%, lo que revela una normalización de la violencia o falta de confianza en sistemas de justicia. Esto se agrava en comunidades de control, donde las actitudes proactivas son aún menores (27.39%). La combinación de conocimientos teóricos sin acción concreta sugiere que, aunque las familias identifican violencias, persisten temores para intervenir. En síntesis, los resultados exponen

que el apoyo a los SDSR y la protección requieren no solo información, sino también empoderamiento comunitario para transformar actitudes pasivas en acciones colectivas que prioricen la seguridad y autonomía de adolescentes y jóvenes

4.15 Indicador 1130b Porcentaje de integrantes de la familia y de la comunidad que perciben a las mujeres/niñas como iguales a los hombres/niños

Tabla 61 Resultados generales del Indicador 1130b

Sexo	Línea base	Meta
Mujeres	65,38%	Por Definir
Hombres	62,22%	Por Definir
General	62,93%	Por Definir

Este indicador mide el grado en que los integrantes de la familia y de la comunidad perciben a las mujeres/niñas como iguales a los hombres/niños. Su objetivo es evaluar si los adultos internalizan normas igualitarias o reproducen estereotipos que perpetúan la discriminación, lo cual influye directamente en el entorno donde crecen y se desarrollan adolescentes y jóvenes. Las dimensiones clave permiten identificar si la igualdad de género se percibe como un principio integral (roles, creencias, seguridad y derechos) o si persisten sesgos que limitan el potencial de mujeres y niñas:

Tabla 62 Indicador 1130b Descripción de las dimensiones

Dimensión	Definición
Estereotipos de género	Esta dimensión evalúa las creencias de adolescentes y jóvenes sobre roles tradicionalmente asignados a hombres y mujeres en ámbitos privados y públicos. Incluye la identificación de normas sociales que perpetúan desigualdades. También analiza percepciones sobre actividades consideradas "femeninas" o "masculinas", como la distribución de tareas domésticas, el acceso a educación técnica o la participación en liderazgos comunitarios.
Roles y responsabilidades	Esta dimensión evalúa las percepciones sobre cómo se distribuyen los roles y responsabilidades entre hombres y mujeres en distintos ámbitos, como el hogar, el trabajo y la comunidad. Incluye creencias acerca de quién debe encargarse de tareas domésticas, provisión económica y roles de liderazgo en espacios públicos. También analiza actitudes hacia la flexibilidad de estos roles, como la aceptación de hombres que asumen labores de cuidado o mujeres que desempeñan profesiones tradicionalmente masculinizadas.
Protección	Abarca el reconocimiento de violencias de género (física, psicológica, simbólica) y la disposición a actuar contra ellas. Incluye conocimiento de leyes, rutas de denuncia y apoyo a víctimas. Un alto puntaje refleja comunidades que priorizan la seguridad de mujeres y niñas
Derechos	Valora la comprensión y respaldo a derechos fundamentales: acceso equitativo a educación, salud, participación política y autonomía económica. Evalúa si se percibe que mujeres y hombres tienen las mismas oportunidades legales y sociales para desarrollarse plenamente

El cálculo del indicador se basa en el procesamiento de información primaria recolectada directamente a través del instrumento diseñado para integrantes de la familia (CFC07). Este procedimiento permite medir el nivel de conocimiento a través de un enfoque cuantitativo estandarizado que integra las tres dimensiones clave.

Paso 1: Aplicación del instrumento de recolección de datos

Se aplican los cuestionarios estructurados a miembros de la familia en las áreas de intervención y comunidades de control seleccionadas para la muestra.

Paso 2: Calificación de preguntas por dimensión

Cada pregunta dentro de una dimensión se califica según una escala preestablecida

Paso 3: Estandarización de puntajes

Con el fin de facilitar la comparabilidad entre dimensiones (que pueden tener diferente número de preguntas o escalas), los puntajes por dimensión se estandarizan en una escala común de 0 a 100. Esto se realiza aplicando la siguiente fórmula:

$$\text{Puntaje estandarizado} = \frac{\text{Puntaje obtenido}}{\text{Puntaje máximo posible}}$$

Este paso asegura que todas las dimensiones tengan el mismo rango de interpretación (de 0 a 100), donde 0 representa que miembros de las familias no perciben que las mujeres/niñas como iguales a hombres/niños y 100 que si perciben la igualdad.

Paso 4: Cálculo promedio por dimensión

Para cada dimensión, se suman las calificaciones de todas sus preguntas y se dividen entre el número total de preguntas en esa dimensión.

Paso 4: Cálculo del promedio general de dimensiones

Se promedian los resultados de todas las dimensiones

$$\text{Promedio genral} = \frac{\text{Suma de promedios de dimensiones}}{\text{Númeero de dimensiones}}$$

Paso 5: Análisis de resultados mediante el umbral del 70%

El promedio general se compara con el umbral del 70%

- Si el resultado es $\geq 70\%$: Se considera que las adolescentes/jóvenes cuentan con conocimientos "adecuadas".
- Si el resultado es $< 70\%$: No se alcanza el estándar mínimo

Los resultados del Indicador 1130b muestran percepciones elevadas de igualdad de género en municipios como Aiquile (83.33%) y Distrito 6 (81.25%), lo que podría interpretarse como un avance. Sin embargo, estos datos deben analizarse con cautela, ya que contrastan con otros indicadores que revelan problemas estructurales en las mismas zonas. Por ejemplo, en Aiquile, a pesar del alto

índice de percepción igualitaria, estudios previos señalan normalización de violencia sexual, acceso limitado a servicios para menores y altas tasas de embarazo adolescente. Esta aparente contradicción sugiere que las respuestas podrían reflejar un sesgo de deseabilidad social (responder lo "éticamente correcto"), más que una internalización genuina de igualdad.

Tabla 63 Resultados indicador 1130b por municipio y género

Municipio	Mujeres		Hombres		Total Recuento	Total índice 1130b >70%	C. Control	
	Recuento	índice 1130b >70%	Recuento	índice 1130b >70%			Recuento	índice 1130b >70%
Aiquile	4	100.00%	14	78.57%	18	83.33%	5	60.00%
El Puente	4	25.00%	10	80.00%	14	64.29%	3	33.33%
El Torno	1	0.00%	17	70.59%	18	66.67%	5	40.00%
Padcaya	4	75.00%	10	40.00%	14	50.00%	3	66.67%
Porongo	1	0.00%	11	36.36%	12	33.33%	2	100.00%
Distrito 6	5	100.00%	11	72.73%	16	81.25%	5	100.00%
Tomina	4	50.00%	8	62.50%	12	58.33%	3	33.33%
Villa Serrano	3	66.67%	9	44.44%	12	50.00%	3	0.00%
Total General	26	65.38%	90	62.22%	116	62.93%	29	55.17%

Además, en el Indicador 1130a se evidenció que solo el 36.55% de las familias tiene conocimientos adecuados sobre anticoncepción, lo que expone una brecha entre percepciones idealizadas y prácticas reales que perpetúan riesgos para adolescentes.

La brecha de género en el Indicador 1130b (65.38% mujeres vs. 62.22% hombres) tampoco garantiza cambios sustantivos. Por ejemplo, en El Puente, donde el 80% de los hombres reporta igualdad, pero las mujeres solo alcanzan el 25%, podría existir una validación superficial de discursos progresistas sin acciones concretas, como apoyar la educación sexual o denunciar violencias. Además, en municipios como Porongo, donde el 100% de las comunidades de control percibe igualdad, pero el acceso a servicios de salud es casi nulo, se confirma que las percepciones no siempre se traducen en entornos seguros. Estos resultados subrayan que, aunque las encuestas miden avances en el discurso, persisten barreras sistémicas

Para evitar conclusiones optimistas prematuras, es crucial complementar estos datos con indicadores de acción y estudios cualitativos.

Los resultados desglosados por dimensiones revelan una disociación crítica entre percepciones idealizadas y prácticas cotidianas, incluso dentro de un mismo municipio. En la dimensión de Roles y Responsabilidades, tanto hombres (86.54%) como mujeres (85.22%) reportan altos niveles de percepción de igualdad. Sin embargo, esta percepción contrasta con el análisis de contexto. La aparente contradicción refuerza la hipótesis de que las respuestas reflejan lo *socialmente deseable*, no necesariamente la realidad.

La dimensión de Protección presenta un alto promedio (78.41%), pero este dato es engañoso: en municipios como Aiquile, pese a este porcentaje, se normaliza el estupro y el acceso a justicia es

limitado. Esto sugiere que, aunque se reconoce teóricamente la violencia como problemática, persiste una brecha entre el rechazo abstracto y la denuncia concreta, respaldada por la baja tasa de actitudes proactivas en protección (25.90% en el Indicador 1130a).

Tabla 64 Resultados por dimensión y género

Dimensión	Mujeres	Hombres	Promedio Total
Roles y Responsabilidades	85.22%	86.54%	85.52%
Estereotipos de género	50.37%	42.74%	48.66%
Violencia	77.59%	81.25%	78.41%
Derechos	83.06%	92.79%	85.24%
Índice 1130b Total >70%	62.22%	65.38%	62.93%
Índice 1130b Total C. Control	57.14%	50.00%	55.17%

La dimensión de Derechos presenta una paradoja reveladora: mientras los hombres reportan un alto nivel de percepción de igualdad (92.79%), las mujeres perciben significativamente menos igualdad (83.06%). Esta brecha de casi 10 puntos refleja que los hombres, al no enfrentar exclusiones sistémicas como la falta de acceso a la titularidad de tierras, educación superior o participación política, tienden a subestimar las barreras que afectan a las mujeres y por ende, percibir que existe una igualdad en los derechos.

4.16 Indicador 1220a Calificación promedio de la disponibilidad, calidad, inclusividad, sensibilidad al género y a la edad del entorno físico y recursos en los establecimientos de salud focalizados

Línea base	Meta
41.1/100	Por Definir

Este indicador evalúa la idoneidad de la infraestructura y los recursos en centros de salud para garantizar servicios SDRS accesibles, inclusivos y adaptados a adolescentes. Su objetivo es medir si los espacios físicos, equipos y materiales cumplen con estándares que fomenten la confianza y seguridad de adolescentes, considerando necesidades específicas de género, edad y discapacidad.

La medición se realiza mediante el instrumento FESS 05 (Ficha de Evaluación aplicada directamente en los establecimientos de salud. Considerando 4 dimensiones que aseguran que los centros de salud no solo brinden servicios, sino que también sean entornos seguros, inclusivos y empáticos para adolescentes.

Tabla 65 Definición de las dimensiones consideradas en el análisis

Dimensión	Definición
Accesibilidad	Evalúa si el establecimiento de salud cuenta con una ubicación geográfica accesible (ej.: cercanía a transporte público) y una infraestructura física inclusiva para adolescentes y personas con discapacidad. Incluye rampas, señalización clara, baños adaptados y rutas de circulación seguras que faciliten el ingreso y desplazamiento autónomo.
Espacios diferenciados	Mide la existencia y calidad de áreas exclusivas para adolescentes, diseñadas para garantizar privacidad y confidencialidad. Considera la separación física de consultorios, salas de espera juveniles y ambientes libres de estigmas, donde los jóvenes se sientan cómodos para abordar temas sensibles sin temor a ser escuchados o juzgados.
Equipamiento	Analiza la disponibilidad, estado y funcionalidad de recursos médicos y tecnológicos clave para la atención integral. Incluye equipos básicos (estetoscopios, kits de emergencia), herramientas de diagnóstico (tallímetros, cintas métricas) y dispositivos generales que aseguren una atención técnica de calidad.
Material de apoyo educativo	Valora la existencia y pertinencia de recursos didácticos adaptados a adolescentes, como folletos sobre ITS, modelos anatómicos del sistema reproductivo o guías sobre derechos sexuales. Evalúa si los materiales son inclusivos (lenguaje sencillo, diversidad de género y cultural) y abordan temas críticos como prevención de embarazos, violencia de género y acceso a servicios.

El cálculo del indicador se basa en el procesamiento de información primaria recolectada directamente en los centros de salud evaluados mediante el instrumento FESS05.

Paso 1: Aplicación del instrumento de recolección de datos

Se aplican los cuestionarios estructurados a responsables de los centros de salud y hospitales en las áreas de intervención y comunidades de control seleccionadas para la muestra.

Paso 2: Estandarización de puntajes

Con el fin de facilitar la comparabilidad entre dimensiones (que pueden tener diferente número de preguntas o escalas), los puntajes por dimensión se estandarizan en una escala común de 0 a 100. Esto se realiza aplicando la siguiente fórmula:

Este paso asegura que todas las dimensiones tengan el mismo rango de interpretación (de 0 a 100), donde 0 representa servicios con carencias críticas y 100 servicios alineados a los estándares establecidos en las dimensiones evaluadas.

Paso 3: Cálculo del puntaje final del indicador

El valor del indicador 1220a corresponde al promedio de los puntajes obtenidos por todos los centros de salud y hospitales del municipio evaluado.

$$\text{Indicador 1200b} = \frac{\sum_{j=1}^n \text{Puntaje estandarizado}}{n}$$

Este enfoque metodológico de cálculo asegura un análisis multidimensional, confiable y sensible a los contextos territoriales.

Para el análisis de los resultados del Indicador 1220a se aplicó una clasificación por rangos. Esta escala clasifica los resultados en cinco niveles: crítico, deficiente, aceptable, bueno, óptimo en función del puntaje promedio obtenido en una escala de 0 a 100.

Tabla 66 Descripción de rangos de análisis de los puntajes obtenidos para el indicador 1220a

Rango de Puntaje obtenido	Calificación de entornos y recursos	Interpretación
0 - 20	Critico	Los establecimientos carecen de condiciones mínimas para atender a adolescentes. Sin accesibilidad para personas con discapacidad, espacios diferenciados inexistentes, equipamiento médico ausente o inutilizable, y materiales educativos desactualizados o irrelevantes
21 - 40	Deficiente	Existen esfuerzos incipientes, pero con brechas graves. Accesibilidad limitada, espacios diferenciados improvisados sin privacidad, equipamiento básico pero escaso, y materiales educativos genéricos, sin enfoque en género o diversidad.
41 - 60	Aceptable	Cumplen requisitos mínimos, pero con margen de mejora. Accesibilidad funcional (señalización clara), espacios diferenciados identificables, pero poco acogedores, equipamiento médico completo pero no siempre operativo, y materiales educativos que abordan temas clave.
61 - 80	Buena	Ofrecen entornos seguros y recursos adecuados. Accesibilidad inclusiva (baños adaptados), espacios diferenciados privados y amigables, equipamiento médico actualizado (ej.: kits de emergencia completos), y materiales educativos sensibles al género, con gráficos y lenguaje accesible.
81 - 100	Muy Buena	Modelos de excelencia en atención adolescente. Accesibilidad universal (ubicación céntrica, transporte accesible), espacios diferenciados con diseño juvenil y confidencialidad garantizada, equipamiento médico y materiales educativos innovadores.

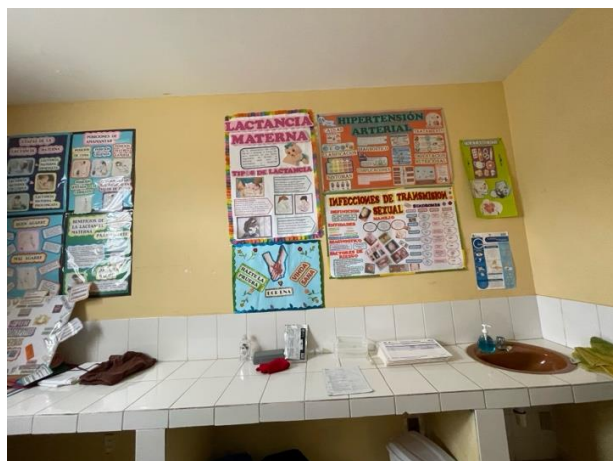
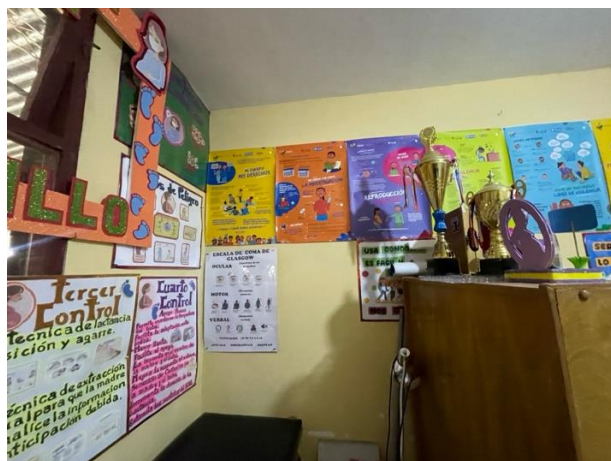
Los resultados del Indicador 1220a, que evalúa la idoneidad de los entornos físicos y recursos en centros de salud para adolescentes, revelan un panorama heterogéneo, con un promedio general más cercano a deficiente (41.10/100). Este desempeño refleja que, aunque existen avances puntuales, la mayoría de los municipios no logran garantizar condiciones óptimas para una atención integral, inclusiva y confidencial. Destacan brechas críticas en dimensiones clave como espacios diferenciados y materiales educativos, mientras la accesibilidad y el equipamiento muestran disparidades significativas entre regiones.

Tabla 67 resultados indicador 1220a por dimensión y municipio

Municipio	Accesibilidad	Espacios Diferenciados	Equipamiento	Material de Apoyo y Educativo	Promedio índice
Aiquile	63.98	25.00	69.50	38.43	49.23
El Puente	73.68	31.25	76.60	20.49	50.50
El Torno	50.32	29.17	11.35	43.29	33.53
Padcaya	65.51	20.83	43.97	34.95	41.32
Porongo	65.56	4.17	21.28	26.85	29.46
Distrito 6	59.26	8.33	29.79	39.12	34.13
Tomina	45.00	37.50	47.52	38.66	42.17
Villa Serrano	59.65	37.50	79.79	49.31	56.56
Total general	60.48	23.00	44.60	36.33	41.10

En accesibilidad, el promedio (60.48/100) se ubica en el rango *aceptable*, con municipios como El Puente (73.68) y Aiquile (63.98) liderando, gracias a infraestructuras básicamente funcionales. Sin embargo, casos como Tomina (45.00) y Distrito 6 (59.26) evidencian falta de adaptaciones para discapacidades o ubicaciones poco estratégicas, limitando el acceso de adolescentes en zonas rurales. En contraste, Espacios Diferenciados presenta el peor desempeño (23.00/100), con todos los municipios en rangos *deficientes* o *críticos*. Porongo (4.17) y Distrito 6 (8.33) son ejemplos alarmantes: la casi nula privacidad en consultorios y la ausencia de salas juveniles exponen a los adolescentes a entornos intimidantes, donde temas sensibles como salud reproductiva o violencia de género difícilmente se abordan con confianza.

Imagen 1 Fotografías de Centros AIDA



Fuente: Propia, centros AIDA en Chuquisaca

El equipamiento médico muestra contrastes extremos: mientras Villa Serrano (79.79) y El Puente (76.60) cuentan con recursos suficientes (kits de emergencia, tallímetros), El Torno (11.35) y Porongo (21.28) carecen incluso de herramientas básicas, lo que compromete la calidad diagnóstica y la atención en emergencias. Por su parte, los Materiales Educativos (36.33/100) son mayormente genéricos o desactualizados. Municipios como El Puente (20.49) y Porongo (26.85) utilizan folletos

sin enfoque de género o diversidad, mientras Villa Serrano (49.31), aunque con mejor puntaje, aún no incorpora temas clave como prevención de violencia o derechos LGBTQ+.

A nivel municipal, Villa Serrano (56.56) emerge como el único con desempeño *aceptable*, destacando en equipamiento y accesibilidad, aunque con retos en materiales educativos. Le siguen El Puente (50.50) y Alquile (49.23), que rozan el límite de lo aceptable, pero fracasan en garantizar espacios privados. En el extremo opuesto, Porongo (29.46) y El Torno (33.53) se sitúan en rangos *críticos*: el primero con espacios casi inexistentes y equipos obsoletos; el segundo con una grave escasez de recursos médicos, a pesar de materiales educativos moderados.

Imagen 2 Fotografía material educativo disponible en algunos centros de salud



Los materiales educativos disponibles en los establecimientos de salud, como cuadernillos, rotafolios y folletos sobre salud sexual y reproductiva, son en su mayoría producto de donaciones de programas y proyectos de cooperación internacional. Un caso destacado es el de municipios en Chuquisaca y Tarija, donde Plan International, en el marco del proyecto ARRIBA, dotó a los centros de recursos diseñados para adolescentes, incluyendo guías sobre prevención de embarazos no planificados y derechos sexuales. Estos materiales, aunque aún utilizados por el personal de salud, presentan limitaciones: muchos están desactualizados, no incorporan enfoques contemporáneos como la diversidad de género o la prevención de violencia digital, y su diseño carece de pertinencia cultural (ej.: ausencia de lenguas indígenas o ejemplos contextualizados a realidades rurales). Además, su distribución irregular y dependencia de financiamiento externo los vuelve insostenibles, lo que explica por qué, en el Indicador 1220a, la dimensión de *Material de Apoyo Educativo* obtuvo un promedio de solo 36.33/100.

4.17 Indicador 1230b Nivel de funcionalidad del sistema SVEC en las comunidades focalizadas

Línea base	Meta
0	Por Definir

Este indicador evalúa el **grado de implementación, uso efectivo y sostenibilidad del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria en Salud Materna y Neonatal (SVEC-SMN)** en las comunidades rurales donde se ha pilotado el proyecto. Aunque el sistema fue diseñado para fortalecer la recopilación de datos epidemiológicos y mejorar la respuesta en salud pública, su adopción real por parte de los establecimientos de salud es aún nula.

Por tanto, se identifican barreras y lecciones aprendidas durante la fase piloto (ejecutada en 12 municipios con apoyo de Plan International y el Ministerio de Salud), para optimizar su escalabilidad y uso futuro. Se consultó a los representantes de salud **“¿Si existiera que permita llevar un registro sobre datos epidemiológicos, lo utilizaría?”** en caso de ser afirmativa la respuesta, se les pregunto qué funciones le gustaría que tuviera este sistema.

Los hallazgos muestran que los responsables de recolección y gestión de información identifican múltiples deficiencias en los sistemas actuales y proponen soluciones concretas para mejorar la calidad de los datos y su utilización en la toma de decisiones. Los hallazgos finales pueden agruparse en los siguientes temas principales:

☐ **Diferenciación por grupos etarios y sexo**

Los encuestados destacan la importancia de que el sistema permita filtrar datos específicos según grupos etarios de adolescentes y diferenciar por género. Esto facilitaría la obtención de estadísticas detalladas y el diseño de estrategias más efectivas para cada grupo. Se menciona la necesidad de conocer si los adolescentes acceden a charlas, visitas y otros programas, así como cuantificar la frecuencia de consulta según sexo.

☐ **Funcionalidad y accesibilidad**

Se enfatiza que el sistema debe ser práctico, de fácil uso y asequible para todo el personal. Algunas respuestas sugieren que sea un formato digital en línea, mientras que otras proponen un diseño similar al de las farmacias o al control de pacientes utilizado en el Covid. También se menciona la organización por carpetas familiares, siguiendo la gestión actual en formato físico.

☐ **Sistematización y reporte de datos**

El sistema debe permitir catalogar información de manera estructurada y desagregada por comunidad. Se sugiere que tenga un enfoque en patologías recurrentes, como enfermedades respiratorias agudas, y que ayude en la recolección de información mediante coordinación con colegios y otras instituciones. Asimismo, se plantea la necesidad de reportar a la RED de salud y generar estadísticas diferenciadas por edad y población.

□ **Capacidades del personal y optimización del sistema**

Aunque en teoría existe un sistema dentro del SNIS-V, se menciona que el personal no está capacitado para su uso, lo que limita su eficacia. Por ello, se requiere una plataforma con un funcionamiento eficiente, menos burocrático y con mecanismos de notificación automática. Se destaca la necesidad de capacitaciones para garantizar su correcta implementación.

4.18 Indicador 1300b Nivel de participación de miembros de organizaciones de base de mujeres y jóvenes en espacios institucionales de planeación y toma de decisiones

Línea base	Meta
40.12/100	Por Definir

Este indicador mide el grado de inclusión efectiva de representantes de organizaciones de base de mujeres y jóvenes en procesos formales de planificación, diseño de políticas públicas y toma de decisiones que afectan sus comunidades. Su objetivo es evaluar si estos grupos históricamente marginados tienen voz, voto y capacidad de influencia en instituciones locales, regionales o nacionales, garantizando que sus necesidades y perspectivas sean incorporadas en agendas políticas y proyectos de desarrollo.

Para garantizar una evaluación objetiva y comparable del *nivel de participación de miembros de organizaciones de base de mujeres y jóvenes* (Indicador 1300b), se establecieron rangos de calificación basados en el análisis de las entrevistas cualitativas a representantes de redes de jóvenes, junta de padres y madres de familia, gobiernos municipales, servicios SLIM. Estos rangos permiten traducir las percepciones y acciones reportadas en una escala numérica estandarizada, facilitando la identificación de patrones y prioridades.

Los criterios para asignar los rangos se basan en cuatro ejes clave derivados de las entrevistas con actores institucionales y sociales:

- Acceso a espacios formales, que tengan presencia en mesas de diálogo, consejos consultivos o comités.
- Nivel de influencia, con capacidad para incidir en la modificación de políticas, priorizar presupuestos o diseñar programas.
- Mecanismos institucionales, existencia de normas, protocolos o cuotas de participación que garanticen la participación sistemática (no simbólica)
- Sostenibilidad, entendida como la continuidad de la participación más allá de proyectos puntuales o coyunturas políticas.

Estos criterios reflejan si la inclusión es simbólica (presencia sin poder) o transformadora (incidencia real). A continuación, se detallan los criterios:

Tabla 68 Rangos de calificación para el indicador 1300b

Nivel de respuesta institucional	Rango de calificación	Interpretación
Muy bajo	0 -20 puntos	Las instituciones carecen de políticas, presupuestos o programas específicos para abordar las necesidades en SDSR y protección de las AJM. No hay coordinación intersectorial, y las acciones existentes son esporádicas o simbólicas.
Bajo	21 - 40 puntos	Existen algunas iniciativas o programas, pero su implementación es limitada, desarticulada o con recursos insuficientes. La falta de presupuesto, capacitación del personal o voluntad política reduce su impacto
Medio	41 – 60 puntos	Se han implementado estrategias o programas que abordan parcialmente las necesidades de las AJM, con avances en coordinación o presupuesto. Sin embargo, persisten brechas en cobertura, calidad o sostenibilidad
Medio-Alto	61 – 80 puntos	Las instituciones demuestran compromiso mediante políticas estructuradas, presupuestos específicos y coordinación activa entre sectores. Los programas alcanzan a una proporción significativa de la población, aunque aún enfrentan desafíos en acceso equitativo o adaptación cultural.
Alto	81 100 puntos	Las instituciones priorizan las necesidades de las AJM con estrategias integrales, presupuestos robustos y participación activa de las jóvenes en la toma de decisiones. Existen sistemas de monitoreo, articulación fluida entre sectores y adaptación a contextos locales.

La lógica de los rangos y su proyección es la siguiente: El rango Muy Bajo (0 -20) corresponde a instituciones que excluyen a las organizaciones de base o las limitan a roles pasivos (por ejemplo, invitaciones esporádicas sin derechos a voto). El rango Bajo (21-40) implica participación consultiva ocasional, sin mecanismos formales ni presupuestos para implementar propuestas. El rango Medio (41-60) surge cuando existen espacios institucionalizados (consejos de juventud, etc) pero con influencia limitada en decisiones estratégicas. El rango Medio - Alto (61-80) refleja la participación vinculante en momentos clave como el diseño de políticas y recursos asignados, aunque con brechas de representatividad. El rango Alto (81-100) implica participación decisoria, mecanismos de rendición de cuentas y diversidad inclusiva.

La utilidad de esta estandarización en escalas permite:

- **Comparar** el desempeño institucional entre municipios, identificando modelos replicables o áreas críticas.
- **Priorizar intervenciones:** Un municipio en rango *bajo* (21-40) requerirá fortalecer gobernanza, mientras que uno en *medio-alto* (61-80) necesitará enfoques específicos para cerrar brechas residuales.
- **Vincular la respuesta institucional con resultados concretos:** Por ejemplo, un nivel *alto* (≥ 80) suele correlacionarse con mejores puntajes en indicadores como 1200a (satisfacción de las AJM) o 1200b (calidad de servicios).

Al aplicar estos rangos, el Indicador 1300b no solo mide acciones aisladas, sino la capacidad sistémica de las instituciones para garantizar derechos sexuales y reproductivos con equidad y sostenibilidad.

Para la medición de este indicador se entrevistaron a 24 representantes e integrantes de organizaciones de la sociedad civil de los municipios de intervención del proyecto. A través de preguntas sobre barreras, experiencias, impacto y recepción de sus propuestas por parte de las autoridades, se realiza un **análisis cualitativo** que sistematiza actividades, nivel de coordinación interinstitucional y efectividad de la participación.

Tabla 69 Indicador 1300b Nivel de participación por municipio

Municipio	Actividades y/o acciones	Nivel de coordinación interinstitucional	Instituciones	Evaluación de efectividad
Aiquile	- Reuniones - Charlas	Coordinación baja. Perciben una baja recepción de las instituciones.	- Unidades Educativas	Baja (23 puntos). Perciben una baja participación e interés en trabajar con AJ.
Distrito 6	- Charlas educativas sobre prevención de enfermedades. - Actividades relacionadas a la prevención de violencia	Coordinación baja. El alcance de las actividades es propio de las organizaciones, con las Unidades Educativas de las zonas.	- Unidades Educativas	Media (44 puntos). El uso de estrategias como el deporte tuvieron buenos resultados en convocatoria.
El Torno	- Ferias municipales "¿Qué vale más, un preservativo o los pañales?", prevención de embarazos.	Coordinación media. Tienen el alcance de coordinación pero las acciones están centralizadas en el centro poblado.	- Centro AIDA - Plan Internacional - Cooperativas - Unidades Educativas	Media (51 puntos) Evalúan que pese a tener llegada a los AJ en las actividades, el alcance se limita al centro poblado.
Porongo	- Ferias educativas	Coordinación baja. Perciben poco apoyo por parte de las instituciones.	- Centros de Salud - DNA	Baja (21 puntos). Las acciones están focalizadas al centro poblado.
El Puente	- Ferias - Talleres informativos - Marchas	Coordinación baja. Pese a tener organizaciones activas en el municipio, detectan que no hay una colaboración colectiva.	- Unidades Educativas - Plan Internacional	Media (42 puntos). Evalúan que existe un interés alto de los AJ en participar pero la mirada de los PMF limita las acciones.
Padcaya	- Ferias de salud - Talleres - Marchas - Concursos	Coordinación media. Una de las limitantes es la falta de recursos de las organizaciones.	- Plan Internacional - Universidades - Centro AIDA - DNA	Media (48 puntos). Evalúan que el alcance de las actividades propias es limitas por falta de recursos.
Villa Serrano	- Ferias educativas - Talleres - Ley de juventudes	Coordinación alta. Califican que tienen una buena coordinación y disposición de las autoridades para y por las actividades de los AJ.	- GAM - DNA - Unidades Educativas - Plan Internacional - GAIE	Medio (47 puntos). Evalúan tener un alcance alto en las actividades.

Tomina	- Talleres - Actividades lúdicas - Ferias educativas - Brigadas móviles	Coordinación alta. Evalúan que las acciones son inmediatas para la coordinación de actividades.	- DNA - Plan International - GAIE	Media (45 puntos). Evalúan tener un buen alcance a los AJ, sin embargo, no cubren todas las necesidades.
--------	--	---	---	--

Los resultados reflejan un panorama de participación frágil y desigual en los municipios evaluados, con un promedio general de 40.12 puntos, ubicado en el límite entre el rango bajo y medio. Municipios como Aiquile (23 puntos) y Porongo (21 puntos) se sitúan en niveles bajos, evidenciando entornos donde la participación de mujeres y jóvenes es simbólica o inexistente, debido a estructuras de poder rígidas y resistencia cultural a la inclusión. El Puente (42 puntos), Dó (44 puntos), Tomina (45 puntos), Padcaya (48 puntos) y Villa Serrano (47 puntos) se mantienen en el rango medio, lo que sugiere que, aunque existen mecanismos formales de participación, las contribuciones de estos grupos rara vez se traducen en decisiones concretas o asignación de recursos. El Torno (51 puntos), el único municipio en superar los 50 puntos, muestra avances moderados, debido a esfuerzos locales de capacitación y alianzas con organizaciones civiles, aunque aún sin alcanzar una incidencia transformadora.

La ausencia de municipios en el rango medio-alto o alto subraya una **brecha sistémica que indica que la participación sigue siendo un ejercicio consultivo, no decisivo**. La falta de colaboración y apoyo institucional restringe la incidencia de jóvenes y mujeres en espacios de toma de decisiones, reduciendo su impacto en la planificación municipal.

Por otro lado, en municipios con **coordinación media**, como El Torno y Padcaya, si bien existen esfuerzos por articularse con instituciones externas, **las acciones siguen estando centralizadas en los centros poblados** y enfrentan limitaciones como la falta de recursos. Solo en dos municipios (Villa Serrano y Tomina) se reporta una coordinación alta, lo que ha permitido que la participación de jóvenes y mujeres sea más efectiva, gracias a la apertura de las autoridades y la presencia de múltiples actores institucionales que respaldan las iniciativas.

Este escenario diferenciado, se puede dar ante la **experiencia previa del Proyecto ARRIBA**, se ha evidenciado una **apertura ante la temática de SDSR**. Aun así, los desafíos en estos municipios es la centralización de actividades en los centros poblado, limitando la participación y la continuidad a las acciones. Sin embargo, las organizaciones tienen el interés de participar de las actividades y llegar a más adolescentes y jóvenes.

Con respecto al involucramiento de instituciones también varía considerablemente. Mientras que en municipios con mejor coordinación se evidencia la participación de Gobiernos Autónomos Municipales, Defensorías de la Niñez y Adolescencia y ONG en aquellos con menor coordinación la vinculación se limita principalmente a unidades educativas y centros de salud, lo que restringe el alcance de las acciones y su influencia en la toma de decisiones. En términos de efectividad, solo en Villa Serrano se reporta una evaluación alta, mientras que la mayoría de los municipios presentan una efectividad media, reflejando que, aunque hay interés y participación juvenil, persisten barreras estructurales que impiden una mayor incidencia.

Entre los principales factores limitantes se encuentran **la falta de apoyo institucional**, la **centralización de actividades en zonas urbanas**, la **escasez de recursos** y la **tendencia a**

enfocarse en actividades de sensibilización en lugar de promover mecanismos efectivos de participación en la toma de decisiones.

*En comunidades alejadas no llega la información, el programa AIDA sólo está en el centro y eso es una gran necesidad. Es importante informar sobre métodos, planificación familiar y cuidados para evitar las ITS. - **Joven Hombre - El Torno, Santa Cruz***

Se puede evidenciar la necesidad de fortalecer los mecanismos de accesibilidad a adolescentes y jóvenes de comunidades rurales, tanto las autoridades como las y los líderes perciben una necesidad en trabajar con estas poblaciones, debido a que los casos de violencia y/o embarazos adolescentes se presentan con mayor frecuencia en estas zonas.

Por otro lado, se identificó que hay una tendencia a enfocarse en actividades de sensibilización sobre diversas temáticas, sin embargo, no tienen la efectividad esperada, en ese sentido, el fortalecimiento de acciones a largo plazo como la creación de políticas puede permitir un nivel de participación más alto.

*Es necesario encarar políticas de prevención, a largo, mediano y corto plazo. No podemos sólo dar talleres, estos no tienen el impacto que realmente necesitamos. - **Líder Hombre - Padcaya, Tarija***

Pese a esta situación, existen oportunidades para fortalecer la articulación con actores clave, descentralizar las acciones y generar estrategias que integren activamente a mujeres y jóvenes en procesos de decisión municipal. Para mejorar el nivel de participación en estos espacios, es fundamental fortalecer el trabajo interinstitucional, brindar mayor respaldo a las organizaciones de base y asegurar que las iniciativas juveniles y femeninas sean tomadas en cuenta en la planificación local.

4.19 Indicador 1130c Número de denuncias y acciones comunitarias contra de violaciones de derechos a las AJM recibidas y remitidas por parte de mecanismos comunitarios

Línea base	Meta
0	Por Definir

Indicador 1130c Número de denuncias y acciones comunitarias contra de violaciones de derechos a las AJM recibidas y remitidas por parte de mecanismos comunitarios

El indicador 1130c mide la cantidad de denuncias y acciones comunitarias relacionadas con violaciones de derechos de Adolescentes y Jóvenes Mujeres que son recibidas y posteriormente remitidas por mecanismos comunitarios. En otras palabras, evalúa la eficacia y la actividad de las estructuras comunitarias en identificar, reportar y canalizar adecuadamente los casos de violaciones de derechos contra las AJM.

Para el cálculo de este indicador es necesario contar con la siguiente información:

1. Detección y registro

- Número de denuncias recibidas por mecanismos comunitarios (promotoras comunitarias, líderes juveniles, etc.)
- Tipos de violaciones reportadas (violencias, acoso, exclusión, etc.)

2. Derivación y seguimiento

- Porcentaje de casos remitidos a instituciones formales (SLIM, DNA, Fiscalía, FELCV)
- Existencia de protocolos claros para la derivación y monitoreo del avance de los casos.

En Bolivia, la generación de indicadores robustos sobre denuncias de violaciones de derechos, como el Indicador 1130c, enfrenta barreras críticas debido a fallas sistémicas en los sistemas de registro, actualización y desagregación de datos. Los reportes nacionales presentan un rezago mínimo de 6 meses, y la información disponible carece de desagregación por municipio, tipo de violencia o perfil del denunciante. Por ejemplo, el *"Informe Anual de Violencia Basada en Género 2022"* del Ministerio Público reporta datos agregados a nivel departamental, sin especificar si los casos provienen de zonas urbanas, rurales o comunidades indígenas, lo que limita el análisis localizado.

Además, no existen protocolos estandarizados para la derivación de casos reportados por mecanismos comunitarios hacia instancias formales. Un estudio de CARE Bolivia (2023) reveló que, en el 78% de las comunidades rurales, las denuncias recopiladas por líderes locales no se remiten a fiscalías o servicios legales debido a la falta de rutas claras y la desconfianza en instituciones estatales. A esto se suma que las promotoras comunitarias, aunque capacitadas por ONG, carecen de reconocimiento formal por parte del Estado, lo que reduce la validez jurídica de sus reportes y limita su capacidad de acción.

En zonas rurales, el acceso a instituciones formales es aún más precario. Según un diagnóstico del Defensor del Pueblo (2023), solo el 30% de los municipios rurales cuenta con una oficina del Servicio Legal Integral Municipal (SLIM), y en áreas dispersas, como comunidades en Chuquisaca, las víctimas deben recorrer hasta 8 horas para llegar a una fiscalía. Esta realidad se agrava por la falta de conectividad digital: el 65% de las comunidades no tiene acceso a internet, imposibilitando el uso de plataformas virtuales de denuncia,

Organismos internacionales como la CEPAL y la Relatoría de Derechos de la Mujer de la CIDH han señalado que, sin datos desagregados y actualizados, es imposible diseñar políticas públicas efectivas contra la violencia de género. En Bolivia, esta limitación no solo opaca la magnitud real del problema, sino que perpetúa la impunidad: se estima que solo el 12% de los casos de violencia sexual contra adolescentes llega a instancias judiciales, según la Fundación Munasim Kullakita (2023).

En síntesis, la falta de registros confiables, la centralización de datos y la ausencia de articulación entre actores comunitarios y estatales convierten al Indicador 1130c en una meta inalcanzable bajo las condiciones actuales.

PARTE V – LECCIONES APRENDIDAS

Disposición y confianza en adolescentes

Los adolescentes en Santa Cruz muestran una actitud receptiva y abierta para hablar y aprender sobre su salud y derechos sexuales y reproductivos, especialmente cuando la información proviene de sus pares. Sin embargo, persisten desafíos significativos en la confianza hacia los servicios de salud, lo que limita su acceso y aprovechamiento. El principal motivo de esta desconfianza, es el miedo a que su información sea divulgada mediante el personal de salud, o que sean “vistos” mientras solicitan servicios de salud sexual y reproductiva. Este fenómeno también sucede en los municipios de Tarija. Se ha evidenciado que no existe un vínculo o ningún tipo de relación entre prestadores de servicios de salud sexual y reproductiva, y los adolescentes y jóvenes; lo cual extiende la lejanía entre ambos actores.

“Hay un tabú todavía, los padres y el colegio los priva de la información que necesitan. La juventud está más despierta y a nosotros como padres nos falta comunicar la información con mayor confianza y apertura. Los jóvenes, por su parte quieren informarse sobre estas cosas, tienen más curiosidad por las temáticas” – Representante de padres y madres de familia, mujer, 39 años, El Torno

“Tuvimos en gestiones pasadas el caso de una responsable del AIDA, que lamentablemente divulgaba todo lo que los adolescentes le contaban. En una de esas, la jovencita se enteró que se divulgaba esta información, y con ella se extendió esta imagen de que no somos de confianza. Obviamente esa persona ya no forma parte del personal, y ya se ha recomendado que se sigan al pie de la letra los protocolos, pero el daño ya está hecho, ya no quieren venir los jóvenes aquí” – Profesional de Salud, mujer, 44 años, Padcaya

“Nosotros como Red o incluso como jóvenes estamos bien articulados, pero no pasa lo mismo trabajando con autoridades o con el centro de salud. Siempre hay casos y uno se entera de lo que pasa; a veces los jóvenes tenemos miedo de que nos vean pidiendo apoyo en el Hospital, o que incluso cuenten nuestras cosas. Creo que lo que perjudica más que todo esto, es una falta de vínculo de confianza entre nosotros y las autoridades y personal del Hospital” – Líder juvenil Red Jala, hombre, 23 años, Padcaya

Acceso a información en comunidades alejadas y barreras tecnológicas

La disponibilidad de información y la posibilidad de participación en espacios educativos y comunitarios es considerablemente menor en comunidades alejadas. Esto representa una barrera tanto para los adolescentes como para las autoridades y docentes, quienes identifican esta brecha como un obstáculo para el desarrollo de conocimientos y prácticas saludables.

Vinculado a esto, están las limitaciones tecnológicas en diversas comunidades, que restringen el acceso a información y dificultan la coordinación de acciones entre familias, organizaciones y grupos sociales. La falta de herramientas digitales accesibles impide una comunicación fluida y la implementación de estrategias de educación e intervención más efectivas.

Por este motivo, en las comunidades rurales, es particularmente importante la gestación de espacios presenciales, que permita que la población se comprometa con la causa. En este entendido, gestar alianzas con promotoras de la violencia, padres y madres de familia líderes o incluso estudiantes; puede ser una alternativa que ayude a expandir el trabajo y la sensibilización.

“En comunidades alejadas no llega la información, el programa AIDA sólo está en el centro y eso es una gran necesidad. Podemos tener muchas iniciativas en el pueblo, pero donde más necesidad de información hay, es en las comunidades rurales, justamente porque tienen una visión más tradicional” – **Representante del Gobierno Estudiantil, hombre, 22 años, El Torno**

“En Terebinto no realizan actividades relacionadas a Salud Sexual y Reproductiva, más se centran en Porongo. Nos hace falta acceso a esas cosas, porque no siempre nosotros tenemos los medios para llegar hasta Porongo” – **Lideresa, Red de Adolescentes, mujer, 19 años, Porongo**

“En comunidades, nosotros no tenemos ningún tipo de apoyo, y cuando llegan con capacitaciones o cursos, es cuando ya han pasado los casos. Es necesario que tengamos a manera de prevención, como hay en Padcaya, pero que lleguen hasta donde suceden los casos” – **Representante junta de padres, hombre, 53 años, comunidad del área dispersa de Padcaya**

“En las comunidades, allá lejos, como el mismo ingreso es bien difícil, casi no se pueden llegar con talleres o capacitaciones, todo se centra aquí, cuando incluso en esos lugares es donde más se necesita el apoyo” – **Representante Unidad Educativa, hombre, 53 años, Villa Serrano**

Sostenibilidad de la participación juvenil

Si bien existen experiencias previas de participación juvenil en programas y proyectos, la sostenibilidad de este compromiso a largo plazo sigue siendo un desafío. Los actores municipales expresan preocupación por la falta de estrategias concretas que garanticen la continuidad del involucramiento de los jóvenes en temas de salud y derechos sexuales y reproductivos.

“Cuando ya hay una red constituida, es más fácil que nosotros nos pongamos en contacto y nos motivemos. Pero también pasa que cuando hay falta de apoyo, algunos ya no quieren seguir. Algo que incide mucho en eso es que hay compañeros que están dispersos en las comunidades, y no tienen medios para llegar a las juntas o a las actividades” – **Líder juvenil Red Jala, hombre, 23 años, Padcaya**

“Todo el año hacemos actividades, ferias educativas de la prevención del embarazo y también nos ayudamos con el Centro de Salud. Ahora, con el proyecto Reach, están saliendo varias ideas por las que estamos trabajando. El año pasado hemos ido a casi todas las UE del Torno y este año planificamos retomar las actividades. Aunque muchas veces lo que sucede es que salen buenas ideas, y hacer que pasen es lo difícil, por eso el apoyo de Plan y de las autoridades nos ayuda mucho” – **Representante del Gobierno Estudiantil, hombre, 22 años, El Torno**

Rotación de personal en instituciones clave

Las condiciones económicas y políticas de los gobiernos municipales han generado una alta rotación de personal en las instancias de protección, centros educativos y centros de salud. Esto ha afectado la continuidad de las actividades, debilitando los procesos de formación y atención dirigidos a los adolescentes. Este ha sido un fenómeno particularmente presente en El Torno, donde las disputas por partidos políticos han ralentizado o incluso frenado acciones pasadas que se habían tenido en pro de la salud sexual y de los derechos de los jóvenes.

“Por mucho que tengamos la voluntad de hacer algo, cuando hay política de por medio, todo es más difícil. Aquí con lo que ha habido cambios tan drásticos, se hace difícil también tener proyectos a largo plazo. Creo que esa cultura es lo que tenemos que cambiar, porque si bien nosotros

*podemos proponer trabajar con los jóvenes, si no hay presupuesto o no hay aprobación, nos quedamos frenados” – **Funcionaria pública, mujer, 32 años, centro poblado***

*“Para que mentir, la rotación del personal siempre afecta, incluso nos ha llegado a afectar aquí en el hospital. Al final es algo que no depende de nosotros, pero que lamentablemente tampoco es algo nuevo” – **Profesional de la salud, hombre, 30 años, centro poblado***

Vulnerabilidad ante el trabajo infantil

En Chuquisaca y Cochabamba, muchos adolescentes se ven obligados a integrarse en el trabajo informal desde temprana edad debido a la necesidad de aportar económicamente a sus familias. Esto no solo reduce sus oportunidades de educación y desarrollo personal, sino que también los expone a riesgos y vulnerabilidades adicionales.

Además, en el caso de los adolescentes que se quedan en el centro poblado, estudiando y trabajando mientras sus padres/madres migran, estos se ven expuestos a situaciones de vulnerabilidad. Ya sea que sucedan casos de estupro, o parejas de adolescentes que empiezan a convivir, y suceden los embarazos adolescentes; se terminan de desvincular las familias, y ellos tienen muy pocos espacios seguros para consultar sus dudas o cualquier preocupación sobre salud sexual y reproductiva.

*“Aquí en Aiquile es como si los jóvenes crecieran desconectados de sus padres, no hay confianza, no hay apertura entre ellos. Incluso más allá de que tengan dudas sobre su salud sexual, el vínculo afectivo también se ve perjudicado. Por eso hay jovencitas que desde edades muy tempranas tienen pareja, y buscan convivir, para llenar ese vacío. La dinámica familiar aquí depende mucho de la situación económica, que lamentablemente ahora no es buena, y a los padres no les queda de otra que migrar” – **Funcionaria pública, mujer, 51 años, Aiquile***

*“En las comunidades especialmente, cuando un padre o madre se va a trabajar al campo, hay dos opciones: o los hijos también se van, y no van a la escuela, o se quedan solos. Esto también les afecta directo a los jóvenes, porque no tienen los espacios para aprender, o directamente se crían solos, sin ningún apoyo” – **Lideresa provincial, mujer, 36 años, Tomina***

Violencia sexual y embarazos adolescentes

Los casos de violencia sexual y estupro están directamente relacionados con los índices de embarazos adolescentes. Además del impacto en la salud física y mental de las adolescentes, muchas de ellas enfrentan rechazo y exclusión social después del nacimiento de sus hijos, lo que agrava su situación de vulnerabilidad.

Este es un fenómeno que sucede tanto en Santa Cruz, como en Tarija y Cochabamba; y que también puede ser entendido como resultado de la desvinculación de los jóvenes con sus padres, con sus madres; pero también por la desconfianza que sienten ellos hacia personal de salud, o los mismos profesores de sus unidades educativas.

“Requieren los jóvenes mucha información y orientación sobre todo en embarazo adolescente, sería ideal que se realicen talleres en el barrio, porque no todos pueden estudiar e informarse sobre estos temas. Lamentablemente, mayormente son las mujeres que están más activas en estos temas. Quizás sería bueno invitarlos a estos talleres dándoles alguna compensación a los hombres, o hay que ver opciones para que se involucren más. Algunos papás sí informan, pero hay otros papás que no están interesados en enseñar estos valores. De 100 papás, debe haber unos 45 que realmente se

interesan por sus hijos y formarlos en estas temáticas” – **Representante de junta vecinal, mujer, 46 años, distrito 6, Santa Cruz de la Sierra**

“Hace falta información para los jóvenes, sobre todo orientación para evitar embarazos adolescentes. Ha habido muchos casos de chicas embarazadas, en el mismo colegio. Es sumamente importante informarles sobre métodos anticonceptivos y cómo cuidarse. Los jóvenes ahora saben más que los padres sobre estos temas, no es lo mismo. Ahora los padres no hablan mucho de sexualidad, será por el temor o la vergüenza quizá” – **Representante club de madres, mujer, 42 años, distrito 6, Santa Cruz de la Sierra**

“En Padcaya es una preocupación latente los embarazos adolescentes, y creo que debería ser una preocupación no solo nuestra, sino también de los padres. La crianza y el acompañamiento en el hogar hace mucha diferencia, cuando una adolescente se siente cómoda de preguntar, se pueden evitar muchas cosas, desde relaciones violentas, hasta embarazos” – **Funcionario público, hombre, 34 años, Padcaya**

Limitaciones en la oferta de servicios de salud

Los centros de salud, a pesar de brindar servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, enfrentan serias limitaciones en cuanto a materiales, personal y estrategias de difusión. Esto dificulta la accesibilidad y efectividad de estos servicios en la comunidad. En este entendido, si bien existe una base significativa a nivel de compromiso de los profesionales de la salud, aún la gestión de recursos dificulta el funcionamiento de los centros AIDA.

“Nosotros ya tenemos dispuesto un espacio para el centro AIDA, y también un salón de capacitaciones. Plan nos ha dotado de mucho material que no es de mucha ayuda, sin embargo, nos falta montarlo. Actualmente estamos buscando coordinar con los jóvenes líderes, para que ellos nos digan en qué horarios prefieren la atención; y también para que podamos coordinar acciones conjuntas que ayuden a la difusión de la atención del centro AIDA” – **Profesional de la salud, hombre, 39 años, Aiquile**

“Actualmente, la atención AIDA en nuestro centro es una de las más completas, contamos con el material, y también con la capacitación necesaria para atender a los jóvenes. Sin embargo, donde está la dificultad, es haciendo que ellos dejen de sentir vergüenza por venir aquí; tal vez sería útil también trabajar con padres y madres, porque son ellos quienes instalan en los jóvenes esos miedos” – **Funcionaria del centro de salud, mujer, 50 años, Iscayachi**

“Aquí tenemos el centro AIDA, pero como le dije, la vergüenza a veces es más grande. En lo que tenemos que trabajar creo, con los jóvenes pero con los adultos de igual manera, es en que el tema deje de ser un estigma, al final es un tema de salud” – **Representante del Gobierno Estudiantil, hombre, 22 años, El Torno**

Desinformación en padres y madres

Los padres y madres reconocen que la falta de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos les impide orientar adecuadamente a sus hijos. Además, las dificultades económicas y laborales reducen el tiempo que pueden dedicar a la crianza y educación de los adolescentes en estos temas. Esta ha sido una problemática identificada a nivel general, en todos los municipios, si bien en algunas regiones más que en otras, la problemática de base sigue siendo la misma: al ser una tema tabú para gente adulta, hay mucha desinformación. Y la situación se agudiza aún más, cuando los padres/madres no están presentes en la crianza de sus hijos.

PARTE VI – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Acceso a información y toma de decisiones en menores de 14 años

Los niños y niñas menores de 14 años tienen un acceso muy limitado a información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Principalmente porque se considera que es un tema que debería ser solo para “adultos”, y que si se lo enseña, puede incitar a que inicien su sexualidad a edad “muy temprana”. Esto repercute en su capacidad de tomar decisiones informadas y sugiere la necesidad de estrategias adaptadas a este grupo etario. Además, demuestra también la necesidad trabajar con los padres de familia, para que el tema deje de ser tabú.

*“Aquí todavía hay muchas personas que piensan que hablar sobre salud sexual y reproductiva incita a que nosotros digamos ya tengamos pareja y relaciones. Tal vez en ciertos casos sí pasa, pero yo pienso que todo depende de cómo lo comuniquemos. Si enseñamos desde primaria incluso, lo que tenemos que saber, sin fomentar el libertinaje, es algo que se nos va a ayudar” – **Adolescente hombre, 15 años, Aiquile***

*“Hay muy pocos espacios para que los jóvenes aprendan sobre esto, especialmente los más pequeños, de entre 10 a 15 años. Tal vez porque Santa Cruz es muy conservadora, o qué se yo, pero ocultando información no ganamos nada. Tenemos que aprender a hablar con nuestros hijos sobre eso, porque ya incluso desde bebés están agarrando el celular y la Tablet, si no les enseñamos nosotros, ellos solitos encuentran” – **Representante club de madres, mujer, 42 años, distrito 6, Santa Cruz de la Sierra***

Conocimiento y acceso a servicios en adolescentes mayores de 15 años

Las adolescentes mayores de 15 años tienen un mayor conocimiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos y acceso a servicios especializados. Sin embargo, la exigencia de permisos parentales para recibir atención en los centros de salud representa una barrera significativa para su autonomía en la toma de decisiones.

*“Cuando yo empecé a involucrarme más con los jóvenes de Padcaya, mis abuelos no estaban de acuerdo con que yo aprenda eso. Fue hasta que yo les expliqué y hable con ellos de eso, que me entendieron. Pero en mi posición también hay otros jóvenes, que por ejemplo son de comunidades, y a ellos les es más difícil salir, porque siguen dependiendo de los padres o cuidadores. Por eso es algo que no debería tratarse solamente con nosotros, sino también con la familia” – **Lideresa adolescente Red Jala, mujer, 15 años, Padcaya***

*“La responsabilidad no es solo de los chicos, nosotros también debemos apoyar, porque si al final ellos no tienen permiso, no van pues. Como padres, debemos asumir que la educación sexual también se la impulsa desde la familia” – **Representante junta de padres, mujer, 37 años, Tomina***

Rol de los centros educativos en la educación sexual

Los centros educativos juegan un papel clave en la formación de los adolescentes sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, la calidad y profundidad de la educación sexual depende de los recursos disponibles y del grado de formación del personal docente. Esta ha sido una problemática identificada en todas las regiones. En este sentido, se reconoce el impacto positivo de organizaciones como Plan Internacional en el fortalecimiento de capacidades docentes.

“Yo le voy a decir como lo veo. Sí, nosotros recibimos una currícula desde el Ministerio que nos dice qué enseñar, pero al final, se queda solamente en eso. Los chicos no aprenden solamente con un libro o con una diapositiva. Nosotros los profes nos damos la manera de innovar, con metodologías nuevas cosa de que se sientan cómodos preguntando; pero ahí también nosotros necesitamos apoyo, necesitamos formación” – Representante Unidad Educativa, hombre, 40 años, El Puente

“Sí hemos recibido las capacitaciones, principalmente de Plan, que es de donde más nos ayuda. Pero más allá de eso, persiste también la brecha de confianza ¿no? los profes más jóvenes, buscan acercarse más a sus estudiantes, los más tradicionales mayorcitos, no mucho. Ese nivel se debería igualar y enriquecer, y debería ser algo que pase desde el Estado” – Representante Unidad Educativa, hombre, 61 años, Aiquile

“Lo que nosotros enseñamos en la unidad educativa, es netamente lo que nos dan en la currícula, nosotros no podemos salirnos de eso. También a veces hay profes que pueden innovar, pero no siempre es así. Por lo menos quién puede lo hace, pero sí nos ayudan mucho por ejemplo de estas organizaciones como Plan, incluso más que el Estado” – Representante Unidad Educativa, hombre, 61 años, Aiquile

“Lo que nosotros enseñamos en la unidad educativa, es netamente lo que nos dan en la currícula, nosotros no podemos salirnos de eso. También a veces hay profes que pueden innovar, pero no siempre es así. Por lo menos quién puede lo hace, pero sí nos ayudan mucho por ejemplo de estas organizaciones como Plan, incluso más que el Estado” – Representante Unidad Educativa, hombre, 53 años, Villa Serrano

“Aquí en Rosillas, nosotros somos una unidad educativa completamente comprometida con la salud sexual, y se nota en nuestros estudiantes, porque ya no ha habido embarazos adolescentes. Pero siéndole sincero, el apoyo del Estado ha sido casi nulo, y nuestra formación como plantel docente y directivo es propia, desde el compromiso institucional y el apoyo de Plan. Creo que todavía no hay un plan desde el gobierno que dé las líneas para esas cosas, y se debería impulsar” Representante Unidad Educativa, hombre, 44 años, Rosillas, Padcaya

Capacidad de apoyo en SDR por parte de la familia y comunidad

Los miembros de la familia y la comunidad muestran una capacidad media para brindar apoyo en temas de salud y derechos sexuales y reproductivos. No obstante, poseen un nivel medio-alto en perspectiva de género respecto a la crianza de niños y niñas, lo que sugiere una oportunidad para fortalecer su rol en la orientación de adolescentes.

RECOMENDACIONES

Fortalecimiento de habilidades para la vida y conocimientos en EIS

Es fundamental diseñar e implementar mecanismos de planificación para la aplicación de Educación Integral en Sexualidad (EIS) en las unidades educativas. Las estrategias deben responder a las necesidades de adolescentes y jóvenes en su contexto específico, asegurando un enfoque inclusivo y efectivo.

Promoción de mecanismos de protección

Se recomienda la creación de espacios de difusión sobre mecanismos de protección, con el objetivo de generar confianza entre los adolescentes y las instituciones encargadas de garantizar su

bienestar. Esto permitirá que los adolescentes accedan de manera segura a los servicios que requieren.

Fomento a la participación de adolescentes menores de 14 años

Es necesario fortalecer estrategias específicas para la participación de los adolescentes más jóvenes en actividades educativas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Los espacios de aprendizaje deben ser adecuados a su edad, promoviendo un ambiente seguro y sin presiones.

Espacios participativos en SDSR

Se recomienda generar instancias de diálogo e intercambio entre adolescentes, docentes, personal de salud y la comunidad en general. Estos espacios pueden fortalecer el conocimiento y la confianza en los servicios disponibles, además de fomentar un enfoque más integral y coordinado en la atención de los adolescentes. Será importante que estos espacios participativos sean contextualizados a las necesidades de la población adolescente y joven, según las características diferenciales de cada municipio. Por ejemplo, si en las comunidades rurales existe mayor recelo a hablar este tema, será estratégico el no abordar el tema de manera tan explícita y de golpe; y será también muy necesario vincular la participación de madres y madres de familia. Por otro lado, por ejemplo si se habla de Aiquile en Cochabamba, será fundamental considerar las dificultades que tienen los adolescentes en sus relaciones con sus padres/madres/cuidadores, y fomentar también en estos espacios, estrategias de confianza y vinculación con las figuras adultas de autoridad.

Involucramiento de padres, madres y cuidadores

Se debe incluir a las familias y la comunidad en procesos de formación y sensibilización sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Su participación activa permitirá una mejor comprensión de las necesidades de los adolescentes y contribuirá a generar entornos más favorables para su desarrollo integral.

Brechas Tecnológicas entre centros poblados y comunidades alejadas

Es importante que los esfuerzos que se planteen para las comunidades rurales, sean dinámicas que no dependan de la 100% conexión a internet, especialmente cuando se trate de material educativo o de sensibilización para jóvenes. En este sentido, en este tipo de escenarios, serán particularmente valiosos los espacios presenciales y participativos, y los materiales didácticos que garanticen una experiencia enriquecedora para ellos. Además, material audiovisual como videos o cápsulas informativas podrían ser estratégicas, siempre y cuando estos puedan difundirse en dispositivos que no sean dependientes de la conectividad.

PARTE VII – REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asamblea Legislativa Plurinacional de Bolivia. (2013). Ley Integral para Garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia, Ley N° 348. Gaceta Oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes. (2022). Norma Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva. La Paz, Bolivia.
- Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional. (2018). Plan Plurinacional de Prevención del Embarazo en la Adolescencia y Juventud 2015–2020. La Paz, Bolivia.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2012). Censo de Población y Vivienda 2012: Datos sobre fecundidad y salud reproductiva. <https://www.ine.gob.bo>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023). Encuesta Nacional de Hogares 2022: Acceso a servicios de salud y uso de métodos anticonceptivos. La Paz, Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes – Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS). (2022). Indicadores de salud materna y reproductiva en Bolivia 2021. La Paz, Bolivia.
- Ministerio de Salud y Deportes – Encuesta de Demografía y Salud (EDSA). (2016). Encuesta de Demografía y Salud 2016: Salud sexual y reproductiva en Bolivia. <https://www.minsalud.gob.bo>
- Defensoría del Pueblo de Bolivia. (2022). Sueños interrumpidos: Embarazo y maternidad infantil forzada en Bolivia. <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/informe-defensorial-suen%CC%83os-interrumpidos.pdf>
- SDSN Bolivia. (s.f.). El VIH está incrementando en Bolivia, pero queda concentrado en pocos municipios. Recuperado el [fecha de acceso], de <https://sdsnbolivia.org/el-vih-esta-incrementando-en-bolivia-pero-queda-concentrado-en-pocos-municipios/>

PARTE VIII - ANEXOS

Anexo 1. Ficha municipal Porongo

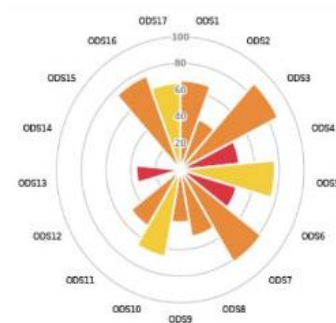
Municipio:	PORONGO			
Provincia:	ANDRES IBAÑEZ			
Departamento:	SANTA CRUZ			
DATOS GEOGRÁFICOS				
Mapa municipio PORONGO 			Superficie total: 930 Km² Región: Llanos Latitud: 17° 45' 00" Sur Longitud: 63°26'00" Oeste	
			Departamento de Santa Cruz  Fuente: SDSN (2)	
DATOS POBLACIONALES Y DE VIVIENDA(1)				
Cantidad total de habitantes:	23.016	Porcentaje hombres:		53.25%
		Porcentaje mujeres:		46.75%
Idioma oficial:	Castellano			
Grupo etario:	GRUPO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	0-3 años	1.408	746	662
	4-5 años	726	360	366

	6-19 años	4.943	2.604	2.339
	20-39 años	4.234	2.165	2.069
	40-59 años	2.680	1.528	1.152
	60-más años	1.326	754	572
NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)				
Porcentaje población en situación de pobreza	52.6%	Porcentaje población en situación de NO pobreza	47.4%	
SERVICIOS BÁSICOS				
% de hogares con acceso a electricidad		86.0		
% de hogares con acceso a saneamiento básico		61.1		
% de hogares con acceso a agua potable		84.5		
EDUCACIÓN (1) (3)				
% Asistencia Escolar:		85,5		
Años promedio de estudio:		8,8		
SALUD (1) (3)				
Índice De Salud Municipal		0.650959		
Red de Salud a la que pertenece		Guarayos		
INSTITUCIONES A LAS QUE ACUDE LA POBLACIÓN SI TIENE PROBLEMAS DE SALUD				
Caja de salud	Total	Hombres	Mujeres	
	2.146	1.114	1.032	
Seguro de salud privado	Total	Hombres	Mujeres	
	2.264	1.156	1.108	
Establecimiento de salud público	Total	Hombres	Mujeres	
	9.247	4.932	4.315	

Establecimiento de salud privado	Total	Hombres	Mujeres
	2.931	1.497	1.434
Médico tradicional	Total	Hombres	Mujeres
	1.976	1.015	961
Soluciones caseras	Total	Hombres	Mujeres
	5.981	3.223	2.758
La farmacia o se automedica	Total	Hombres	Mujeres
	6.021	3.269	2.752
MATERNIDAD			
Embarazos (2022)		312	
Abortos (2022)		10	
Cobertura Anual de Consultas Prenatales		657	
% de Embarazadas con 4 Controles Prenatales		73.3%	
Cobertura de partos	Vaginales	Cesáreas	
	475	233	
% Parto Institucional		72.9	
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
Promedio de incidencia anual de VIH		> 135.4	
Ranking nacional (cumplimiento a los ODS) a nivel municipal:		279/339	

Gráfico desempeño por ODS

(2)



Fuente: Atlas municipal de los ODS en Bolivia, 2020.

Desempeño ODS 1: Fin de la pobreza	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 2: Hambre cero	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 3: Salud y bienestar	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 4: Educación de calidad	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 5: Igualdad de género	Próximo a alcanzarse
Desempeño ODS 6: Agua limpia y saneamiento	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 7: Energía asequible y no contaminante	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 8: Trabajo decente y crecimiento económico	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 9: Industria, innovación e infraestructura:	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 10: Reducción de las desigualdades	Próximo a alcanzarse
Desempeño ODS 11: Ciudades y comunidades sostenibles	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 12: Producción y consumo responsable	NO APLICA
Desempeño ODS 13: Acción por el clima	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 14: Vida submarina	NO APLICA
Desempeño ODS 15: Vida de ecosistemas terrestres	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 17: Alianzas para lograr objetivos	Quedan retos grandes

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. INE Censo poblacional 2012:
<https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>
2. SDSN atlas municipal ODS <https://sdsnbolivia.org/atlas/>
3. Sistema Nacional de Información en Salud <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones>

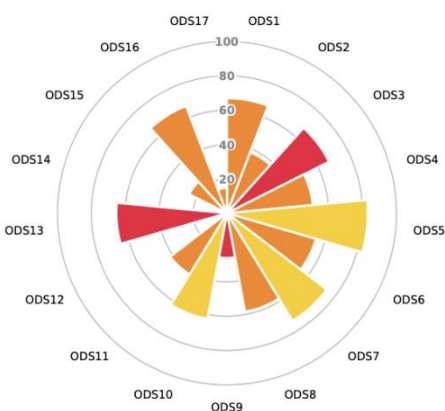
Anexo 2 . Ficha municipal El Torno

Municipio:	EL TORNO		
Provincia:	ANDRÉS IBAÑEZ		
Departamento:	SANTA CRUZ		
DATOS GEOGRÁFICOS			
Mapa municipio El Torno 		Superficie total: 697.6 Km² Región: Llano Latitud: 17° 59' 32" Sur Longitud: 63° 22' 59" Oeste	
		Departamento de Santa Cruz  Fuente: SDSN (2)	
DATOS POBLACIONALES Y DE VIVIENDA(1)			
Cantidad total de habitantes:	71.884	Porcentaje hombres:	50.93%

	(Proyección 2022)	Porcentaje mujeres:	49.07%		
Idioma oficial:	Castellano				
NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)					
Porcentaje población en situación de pobreza	51,3%	Porcentaje población en situación de NO pobreza	48,7%		
SERVICIOS BÁSICOS					
% de hogares con acceso a electricidad		89.2			
% de hogares con acceso a saneamiento básico		41.7			
% de hogares con acceso a agua potable		87.5			
EDUCACIÓN (4)					
Estudiantes matriculados a 2023		15.778			
Estudiantes hombres matriculados		8.011	50.77%		
Estudiantes mujeres matriculadas		7.767	49.23%		
NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO A 2023					
Inicial	Hombres: 892	Primaria	Hombres: 3.924	Secundaria	Hombres: 3.195
	Mujeres: 881		Mujeres: 3.787		Mujeres: 3.099
SALUD (1) (3)					
Índice De Salud Municipal				0.694817	
Red de Salud a la que pertenece				Andrés Ibañez	
INSTITUCIONES A LAS QUE ACUDE LA POBLACIÓN SI TIENE PROBLEMAS DE SALUD					
Caja de salud			Total	Hombres	Mujeres
			5.506	2.703	2.803
Seguro de salud privado			Total	Hombres	Mujeres
			2.713	1.355	1.358

Establecimiento de salud público	Total	Hombres	Mujeres
	38.015	19.168	18.847
Establecimiento de salud privado	Total	Hombres	Mujeres
	12.466	6.272	6.194
Médico tradicional	Total	Hombres	Mujeres
	6.897	3.463	3.434
Soluciones caseras	Total	Hombres	Mujeres
	20.705	10.345	10.360
La farmacia o se automedica	Total	Hombres	Mujeres
	22.784	11.561	11.223
MATERNIDAD			
Embarazos (2022)	1.475		
Abortos (2022)	208		
Cobertura Anual de Consultas Prenatales	2.040		
% de Embarazadas con 4 Controles Prenatales	63.6%		
Cobertura de partos	Vaginales	Cesáreas	
	530	595	
% Parto Institucional	80.2		
ENFERMEADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
Promedio de incidencia anual de VIH	> 135.4		
Ranking nacional (cumplimiento a los ODS) a nivel municipal:	114/339		

Gráfico desempeño por ODS
(2)



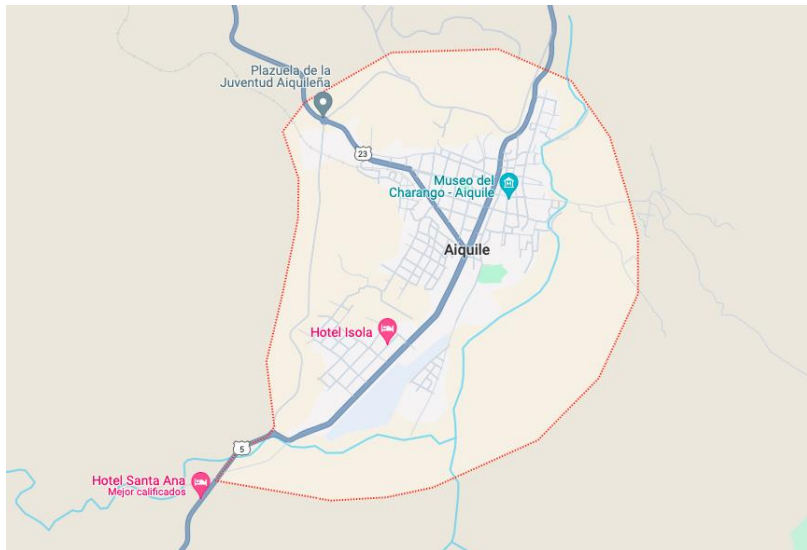
Fuente: Atlas municipal de los ODS en Bolivia, 2020.

Desempeño ODS 1: Fin de la pobreza	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 2: Hambre cero	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 3: Salud y bienestar	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 4: Educación de calidad	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 5: Igualdad de género	Próximo a alcanzarse
Desempeño ODS 6: Agua limpia y saneamiento	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 7: Energía asequible y no contaminante	Próximo a alcanzarse
Desempeño ODS 8: Trabajo decente y crecimiento económico	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 9: Industria, innovación e infraestructura:	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 10: Reducción de las desigualdades	Próximo a alcanzarse
Desempeño ODS 11: Ciudades y comunidades sostenibles	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 12: Producción y consumo responsable	NO APLICA
Desempeño ODS 13: Acción por el clima	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 14: Vida submarina	NO APLICA
Desempeño ODS 15: Vida de ecosistemas terrestres	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 17: Alianzas para lograr objetivos	Quedan retos importantes

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. INE Censo poblacional 2012:
<https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>
2. SDSN atlas municipal ODS <https://sdsnbolivia.org/atlas/>
3. Sistema Nacional de Información en Salud <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones>
4. Ministerio de Educación: <https://seie.minedu.gob.bo/reportes/infmunicipal>

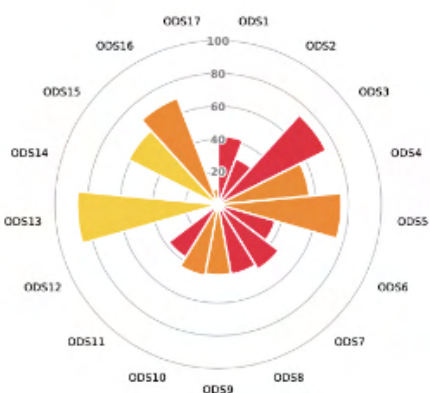
Anexo 3 . Ficha municipal Aiquile

Municipio:	AIQUILE		
Provincia:	NARCISO CAMPERO		
Departament o:	COCHABAMBA		
DATOS GEOGRÁFICOS			
Mapa municipio AIQUILE 		Superficie total: 2500 Km² Región: Valle Latitud: 18° 12' 27" Sur Longitud: 65° 11' 5" Oeste	
		Departamento de COCHABAMBA  Fuente: SDSN (2)	
DATOS POBLACIONALES Y DE VIVIENDA(1)			
Cantidad total de habitantes:	21.190	Porcentaje hombres:	50.08%
	(Proyección 2022)	Porcentaje mujeres:	49.92%

Idioma oficial:		Castellano			
NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)					
Porcentaje población en situación de pobreza		69.1%	Porcentaje población en situación de NO pobreza		30,9%
SERVICIOS BÁSICOS					
% de hogares con acceso a electricidad			62.3		
% de hogares con acceso a saneamiento básico			43.9		
% de hogares con acceso a agua potable			72.3		
EDUCACIÓN (4)					
Estudiantes matriculados a 2023			6.090		
Estudiantes hombres matriculados			3.133	51.44%	
Estudiantes mujeres matriculadas			2.957	48.56%	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO A 2023					
Inicial	Hombres:	Primaria	Hombres:	Secundaria	Hombres:
	354		1.455		1.324
	Mujeres:		Mujeres:		Mujeres:
	321		1.362		1.274
SALUD (1) (3)					
Índice De Salud Municipal			0.570534		
Red de Salud a la que pertenece			Aiquile		
INSTITUCIONES A LAS QUE ACUDE LA POBLACIÓN SI TIENE PROBLEMAS DE SALUD					
Caja de salud			Total	Hombres	Mujeres
			2.029	984	1.045
Seguro de salud privado			Total	Hombres	Mujeres
			921	473	448
Establecimiento de salud público			Total	Hombres	Mujeres
			17.164	8.418	8.746
Establecimiento de salud privado			Total	Hombres	Mujeres

	3.600	1.720	1.880
Médico tradicional	Total	Hombres	Mujeres
	8.996	4.468	4.520
Soluciones caseras	Total	Hombres	Mujeres
	14.200	7.040	7.160
La farmacia o se automedica	Total	Hombres	Mujeres
	13.062	6.508	6.554
MATERNIDAD			
Embarazos (2022)	439		
Abortos (2022)	76		
Cobertura Anual de Consultas Prenatales	163		
% de Embarazadas con 4 Controles Prenatales	33.5%		
Cobertura de partos	Vaginales	Cesáreas	
	214	79	
% Parto Institucional	65.9%		
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
Promedio de incidencia anual de VIH	0.1 – 41.4		
Ranking nacional (cumplimiento a los ODS) a nivel municipal:	177/339		

Gráfico desempeño por ODS
(2)



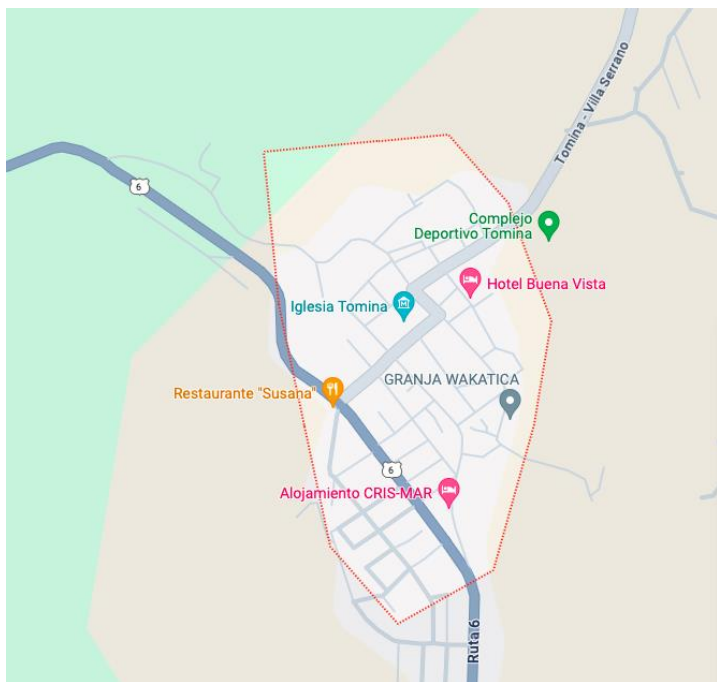
Fuente: Atlas municipal de los ODS en Bolivia, 2020.

Desempeño ODS 1: Fin de la pobreza	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 2: Hambre cero	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 3: Salud y bienestar	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 4: Educación de calidad	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 5: Igualdad de género	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 6: Agua limpia y saneamiento	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 7: Energía asequible y no contaminante	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 8: Trabajo decente y crecimiento económico	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 9: Industria, innovación e infraestructura:	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 10: Reducción de las desigualdades	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 11: Ciudades y comunidades sostenibles	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 12: Producción y consumo responsable	NO APLICA
Desempeño ODS 13: Acción por el clima	Próximo a alcanzarse
Desempeño ODS 14: Vida submarina	NO APLICA
Desempeño ODS 15: Vida de ecosistemas terrestres	Próximo a alcanzarse
Desempeño ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 17: Alianzas para lograr objetivos	Quedan retos importantes

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. INE Censo poblacional 2012:
<https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>
2. SDSN atlas municipal ODS <https://sdsnbolivia.org/atlas/>
3. Sistema Nacional de Información en Salud <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones>
4. Ministerio de Educación: <https://seie.minedu.gob.bo/reportes/infmunicipal>

Anexo 4 . Ficha municipal Tomina

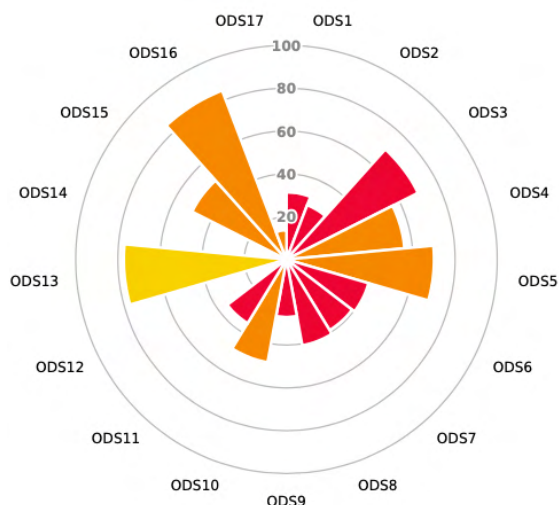
Municipio:	TOMINA		
Provincia:	TOMINA		
Departamento:	CHUQUISACA		
DATOS GEOGRÁFICOS			
Mapa municipio TOMINA 		Superficie total: 762 Km² Región: Valle Latitud: 19° 11' 9" Sur Longitud: 64° 27' 44" Oeste	
		Departamento de CHUQUISACA  Fuente: SDSN (2)	
DATOS POBLACIONALES Y DE VIVIENDA(1)			
Cantidad total de habitantes:	9.006	Porcentaje hombres:	50.55%

	(Proyección 2022)	Porcentaje mujeres:	49.45%		
Idioma oficial:	Castellano				
NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)					
Porcentaje población en situación de pobreza	74.9%	Porcentaje población en situación de NO pobreza	25.1%		
SERVICIOS BÁSICOS					
% de hogares con acceso a electricidad	48.5				
% de hogares con acceso a saneamiento básico	41.4				
% de hogares con acceso a agua potable	86.2				
EDUCACIÓN (4)					
Estudiantes matriculados a 2023	1.638				
Estudiantes hombres matriculados	851	51.95%			
Estudiantes mujeres matriculadas	787	48.05%			
NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO A 2023					
Inicial	Hombres: 89	Primaria	Hombres: 447	Secundaria	Hombres: 315
	Mujeres: 79		Mujeres: 390		Mujeres: 318
SALUD (1) (3)					
Índice De Salud Municipal				0.599118	
Red de Salud a la que pertenece				III Padilla	
INSTITUCIONES A LAS QUE ACUDE LA POBLACIÓN SI TIENE PROBLEMAS DE SALUD					
Caja de salud			Total	Hombres	Mujeres
			1.115	588	527
Seguro de salud privado			Total	Hombres	Mujeres
			343	176	167
Establecimiento de salud público			Total	Hombres	Mujeres

	7.662	3.811	3.851
Establecimiento de salud privado	Total	Hombres	Mujeres
	421	227	194
Médico tradicional	Total	Hombres	Mujeres
	4.193	2.115	2.078
Soluciones caseras	Total	Hombres	Mujeres
	5.559	2.766	2.793
La farmacia o se automedica	Total	Hombres	Mujeres
	3.404	1.724	1.680
MATERNIDAD			
Embarazos (2022)	208		
Abortos (2022)	3		
Cobertura Anual de Consultas Prenatales	94		
% de Embarazadas con 4 Controles Prenatales	62.4%		
Cobertura de partos	Vaginales	Cesáreas	
	64	S/D	
% Parto Institucional	50.3		
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
Promedio de incidencia anual de VIH	135.4 *(segundo municipio con el mayor promedio anual de incidencia VIH)		
Ranking nacional (cumplimiento a los ODS) a nivel municipal:	245/339		

Gráfico desempeño por ODS

(2)



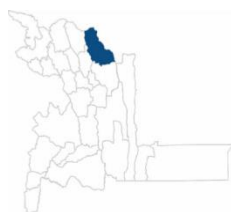
Fuente: Atlas municipal de los ODS en Bolivia, 2020.

Desempeño ODS 1: Fin de la pobreza	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 2: Hambre cero	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 3: Salud y bienestar	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 4: Educación de calidad	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 5: Igualdad de género	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 6: Agua limpia y saneamiento	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 7: Energía asequible y no contaminante	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 8: Trabajo decente y crecimiento económico	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 9: Industria, innovación e infraestructura:	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 10: Reducción de las desigualdades	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 11: Ciudades y comunidades sostenibles	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 12: Producción y consumo responsable	NO APLICA
Desempeño ODS 13: Acción por el clima	Próximo a alcanzarse
Desempeño ODS 14: Vida submarina	NO APLICA
Desempeño ODS 15: Vida de ecosistemas terrestres	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 17: Alianzas para lograr objetivos	Quedan retos importantes

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. INE Censo poblacional 2012:
<https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>
2. SDSN atlas municipal ODS <https://sdsnbolivia.org/atlas/>
3. Sistema Nacional de Información en Salud <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones>
4. Ministerio de Educación: <https://seie.minedu.gob.bo/reportes/infmunicipal>

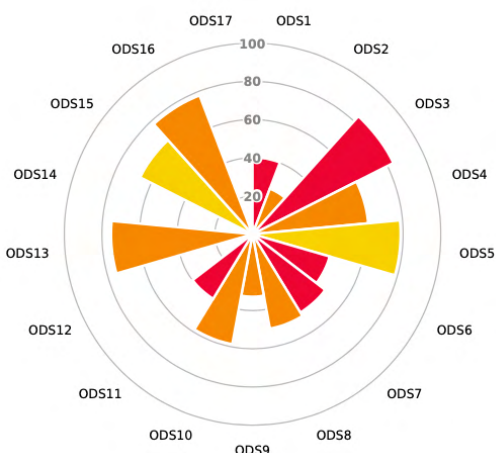
Anexo 5 . Ficha municipal Villa Serrano

Municipio:	VILLA SERRANO		
Provincia:	BELISARIO BOETO		
Departamento:	CHUQUISACA		
DATOS GEOGRÁFICOS			
Mapa municipio VILLA SERRANO 		Región: Valle Latitud: 19° 7' 23" Sur Longitud: 64° 19' 21" Oeste	
		Departamento de CHUQUISACA  Fuente: SDSN (2)	
DATOS POBLACIONALES Y DE VIVIENDA(1)			
Cantidad total de habitantes:	10.258 (Proyección 2022)	Porcentaje hombres:	51.14%
		Porcentaje mujeres:	48.86%

Idioma oficial:		Castellano				
NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)						
Porcentaje población en situación de pobreza		67.2%		Porcentaje población en situación de NO pobreza		
				32.8%		
SERVICIOS BÁSICOS						
% de hogares con acceso a electricidad				61.0		
% de hogares con acceso a saneamiento básico				43.7		
% de hogares con acceso a agua potable				77.9		
EDUCACIÓN (4)						
Estudiantes matriculados a 2023				2.082		
Estudiantes hombres matriculados				1.071	51.44%	
Estudiantes mujeres matriculadas				1.011	48.56%	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO A 2023						
Inicial	Hombres:	Primaria	Hombres:	Secundaria	Hombres:	
	124		457		490	
	Mujeres:		Mujeres:		Mujeres:	
	134		450		427	
SALUD (1) (3)						
Índice De Salud Municipal				0.624075		
Red de Salud a la que pertenece				III Padilla		
INSTITUCIONES A LAS QUE ACUDE LA POBLACIÓN SI TIENE PROBLEMAS DE SALUD						
Caja de salud				Total	Hombres	Mujeres
				1.361	691	670
Seguro de salud privado				Total	Hombres	Mujeres
				364	194	170
Establecimiento de salud público				Total	Hombres	Mujeres
				9.234	4.656	4.578
Establecimiento de salud privado				Total	Hombres	Mujeres

	564	274	290
Médico tradicional	Total	Hombres	Mujeres
	5.168	2.636	2.532
Soluciones caseras	Total	Hombres	Mujeres
	7.510	3.885	3.625
La farmacia o se automedica	Total	Hombres	Mujeres
	5.243	2.741	2.502
MATERNIDAD			
Embarazos (2022)	191		
Abortos (2022)	0		
Cobertura Anual de Consultas Prenatales	90		
% de Embarazadas con 4 Controles Prenatales	63.9%		
Cobertura de partos	Vaginales	Cesáreas	
	59	S/D	
% Parto Institucional	52.4		
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
Promedio de incidencia anual de VIH	0.1 – 41.4		
Ranking nacional (cumplimiento a los ODS) a nivel municipal:	132/339		

Gráfico desempeño por ODS
(2)



Fuente: Atlas municipal de los ODS en Bolivia, 2020.

Desempeño ODS 1: Fin de la pobreza	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 2: Hambre cero	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 3: Salud y bienestar	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 4: Educación de calidad	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 5: Igualdad de género	Próximo a alcanzarse
Desempeño ODS 6: Agua limpia y saneamiento	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 7: Energía asequible y no contaminante	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 8: Trabajo decente y crecimiento económico	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 9: Industria, innovación e infraestructura:	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 10: Reducción de las desigualdades	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 11: Ciudades y comunidades sostenibles	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 12: Producción y consumo responsable	NO APLICA
Desempeño ODS 13: Acción por el clima	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 14: Vida submarina	NO APLICA
Desempeño ODS 15: Vida de ecosistemas terrestres	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 17: Alianzas para lograr objetivos	Quedan retos importantes

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. INE Censo poblacional 2012:
<https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>
2. SDSN atlas municipal ODS <https://sdsnbolivia.org/atlas/>
3. Sistema Nacional de Información en Salud <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones>
4. Ministerio de Educación: <https://seie.minedu.gob.bo/reportes/infmunicipal>

Anexo 6 . Ficha municipal Padcaya

Municipio:	PADCAYA		
Provincia:	ANICETO ARCE		
Departamento:	TARIJA		
DATOS GEOGRÁFICOS			
Mapa municipio PADCAYA 		Superficie total: 4255 Km² Región: Valle Latitud: 21° 53' 20" Sur Longitud: 64° 42' 42" Oeste	
		Departamento de TARIJA  Fuente: SDSN (2)	
DATOS POBLACIONALES Y DE VIVIENDA(1)			
Cantidad total de habitantes:	19.148 (Proyección 2022)	Porcentaje hombres:	51,45%
		Porcentaje mujeres:	48,55%
Idioma oficial:	Castellano		

NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)						
Porcentaje población en situación de pobreza		59.02%		Porcentaje población en situación de NO pobreza		
				40.98%		
SERVICIOS BÁSICOS						
% de hogares con acceso a electricidad				86.5		
% de hogares con acceso a saneamiento básico				52.1		
% de hogares con acceso a agua potable				85.4		
EDUCACIÓN (4)						
Estudiantes matriculados a 2023				3.690		
Estudiantes hombres matriculados				1.869	50.65%	
Estudiantes mujeres matriculadas				1.821	49.35%	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO A 2023						
Inicial	Hombres:	Primaria	Hombres:	Secundaria	Hombres:	
	250		914		705	
	Mujeres:		Mujeres:		Mujeres:	
	228		885		708	
SALUD (1) (3)						
Índice De Salud Municipal				0.730519		
Red de Salud a la que pertenece				Padcaya		
INSTITUCIONES A LAS QUE ACUDE LA POBLACIÓN SI TIENE PROBLEMAS DE SALUD						
Caja de salud				Total	Hombres	Mujeres
				3.192	1.547	1.645
Seguro de salud privado				Total	Hombres	Mujeres
				839	427	412
Establecimiento de salud público				Total	Hombres	Mujeres
				16.347	8.364	7.983
Establecimiento de salud privado				Total	Hombres	Mujeres
				2.255	1.078	1.177

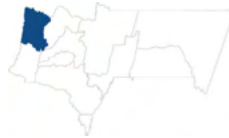
Médico tradicional	Total	Hombres	Mujeres
	11.201	5.701	5.500
Soluciones caseras	Total	Hombres	Mujeres
	12.602	6.398	6.204
La farmacia o se automedica	Total	Hombres	Mujeres
	9.112	4.582	4.530
MATERNIDAD			
Embarazos (2022)	314		
Abortos (2022)	1		
Cobertura Anual de Consultas Prenatales	216		
% de Embarazadas con 4 Controles Prenatales	100%		
Cobertura de partos	Vaginales	Cesáreas	
	103	S/N	
% Parto Institucional	60.4		
ENFERMEADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL			
Promedio de incidencia anual de VIH	0		
Ranking nacional (cumplimiento a los ODS) a nivel municipal:	95/339		
Gráfico desempeño por ODS (2)			
Fuente: Atlas municipal de los ODS en Bolivia, 2020.			

Desempeño ODS 1: Fin de la pobreza	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 2: Hambre cero	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 3: Salud y bienestar	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 4: Educación de calidad	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 5: Igualdad de género	Próximo a alcanzarse
Desempeño ODS 6: Agua limpia y saneamiento	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 7: Energía asequible y no contaminante	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 8: Trabajo decente y crecimiento económico	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 9: Industria, innovación e infraestructura:	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 10: Reducción de las desigualdades	Próximo a alcanzarse
Desempeño ODS 11: Ciudades y comunidades sostenibles	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 12: Producción y consumo responsable	NO APLICA
Desempeño ODS 13: Acción por el clima	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 14: Vida submarina	NO APLICA
Desempeño ODS 15: Vida de ecosistemas terrestres	ODS Alcanzado
Desempeño ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 17: Alianzas para lograr objetivos	Quedan retos importantes

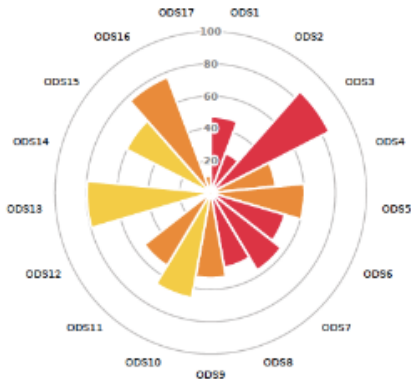
FUENTES DE INFORMACIÓN

1. INE Censo poblacional 2012: <https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>
2. SDSN atlas municipal ODS <https://sdsnbolivia.org/atlas/>
3. Sistema Nacional de Información en Salud <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones>
4. Ministerio de Educación: <https://seie.minedu.gob.bo/reportes/infmunicipal>

Anexo 7 . Ficha municipal El Puente

Municipio:	EL PUENTE		
Provincia:	EUSTAQUIO MENDEZ		
Departamento:	TARIJA		
DATOS GEOGRÁFICOS			
Mapa municipio EL PUENTE 		Superficie total: 2063 Km² Región: Valle Latitud: 21° 14' 23" Sur Longitud: 65° 12' 4" Oeste	
		Departamento de TARIJA  Fuente: SDSN (2)	
DATOS POBLACIONALES Y DE VIVIENDA(1)			
Cantidad total de habitantes:	11.786 (Proyección 2022)	Porcentaje hombres:	49.97%
		Porcentaje mujeres:	50.03%
Idioma oficial:	Castellano		
NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)			
Porcentaje población en situación de pobreza	59,98%	Porcentaje población en situación de NO pobreza	40,02%
SERVICIOS BÁSICOS			
% de hogares con acceso a electricidad		87.2	
% de hogares con acceso a saneamiento básico		80.3	
% de hogares con acceso a agua potable		73.1	

EDUCACIÓN (4)					
Estudiantes matriculados a 2023			2.149		
Estudiantes hombres matriculados			1.124	52.3%	
Estudiantes mujeres matriculadas			1.025	47.7%	
NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO A 2023					
Inicial	Hombres:	Primaria	Hombres:	Secundaria	Hombres:
	127		580		417
	Mujeres:		Mujeres:		Mujeres:
	118		485		422
SALUD (1) (3)					
Índice De Salud Municipal			0.703597		
Red de Salud a la que pertenece			El Puente		
INSTITUCIONES A LAS QUE ACUDE LA POBLACIÓN SI TIENE PROBLEMAS DE SALUD					
Caja de salud			Total	Hombres	Mujeres
			1.195	625	570
Seguro de salud privado			Total	Hombres	Mujeres
			482	292	190
Establecimiento de salud público			Total	Hombres	Mujeres
			10.176	5.008	5.168
Establecimiento de salud privado			Total	Hombres	Mujeres
			856	470	386
Médico tradicional			Total	Hombres	Mujeres
			4.468	2.118	2.350
Soluciones caseras			Total	Hombres	Mujeres
			6.562	3.209	3.353
La farmacia o se automedica			Total	Hombres	Mujeres
			3.766	1.852	1.914
MATERNIDAD					

Embarazos (2022)	200	
Abortos (2022)	0	
Cobertura Anual de Consultas Prenatales	91	
% de Embarazadas con 4 Controles Prenatales	59.1%	
Cobertura de partos	Vaginales	Cesáreas
	86	S/N
% Parto Institucional	55.1	
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL		
Promedio de incidencia anual de VIH	0	
Ranking nacional (cumplimiento a los ODS) a nivel municipal:	94/339	
Gráfico desempeño por ODS (2)		
	Fuente: Atlas municipal de los ODS en Bolivia, 2020.	
Desempeño ODS 1: Fin de la pobreza		Quedan retos grandes
Desempeño ODS 2: Hambre cero		Quedan retos grandes
Desempeño ODS 3: Salud y bienestar		Quedan retos grandes
Desempeño ODS 4: Educación de calidad		Quedan retos importantes
Desempeño ODS 5: Igualdad de género		Quedan retos importantes
Desempeño ODS 6: Agua limpia y saneamiento		Quedan retos grandes
Desempeño ODS 7: Energía asequible y no contaminante		Quedan retos grandes

Desempeño ODS 8: Trabajo decente y crecimiento económico	Quedan retos grandes
Desempeño ODS 9: Industria, innovación e infraestructura:	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 10: Reducción de las desigualdades	Próximo a alcanzarse
Desempeño ODS 11: Ciudades y comunidades sostenibles	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 12: Producción y consumo responsable	NO APLICA
Desempeño ODS 13: Acción por el clima	Próximo a alcanzarse
Desempeño ODS 14: Vida submarina	NO APLICA
Desempeño ODS 15: Vida de ecosistemas terrestres	Próximo a alcanzarse
Desempeño ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas	Quedan retos importantes
Desempeño ODS 17: Alianzas para lograr objetivos	Quedan retos importantes

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. INE Censo poblacional 2012:
<https://nube.ine.gob.bo/index.php/s/bROAGTD7pFvBP1f/download>
2. SDSN atlas municipal ODS <https://sdsnbolivia.org/atlas/>
3. Sistema Nacional de Información en Salud <https://snis.minsalud.gob.bo/publicaciones>
4. Ministerio de Educación: <https://seie.minedu.gob.bo/reportes/infmunicipal>

Anexo 8. REACH GAD 01

	Para: Plan Internacional 	DOCUMENTO DE ARCHIVO Cuestionario para Adolescentes y Jóvenes	Herramienta: Cuestionario: REACH - GAD 01
Consultoría: Línea Base del Proyecto “Adolescentes Resilientes y Empoderados para el Cambio y la Acción en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) - REACH			Naturaleza de la revisión:

Guía de Análisis Documental

Esta guía se organiza en varias secciones, cada una destinada a abordar un aspecto específico del análisis documental sobre la SDSR. Comenzamos con una Introducción y Objetivos, donde se establecen los propósitos fundamentales de la elaboración de la línea de base y el contexto en el que se enmarca.

1. Introducción y Objetivos

- Definir el objetivo principal de la investigación.
- Establecer los subobjetivos específicos (e.g., evaluar el acceso a servicios, analizar la implementación de programas educativos, etc.).
- Describir el contexto y la relevancia de la investigación en el campo de la SDSR.

2. Revisión de la Literatura

- Identificar y seleccionar documentos relevantes
- Resumir hallazgos clave de estudios previos relacionados con la SDSR.
- Analizar las brechas en la literatura existente y cómo serán abordados para completar la información.

3. Categorías de Análisis

- **Acceso a Servicios:** Evaluar la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de SDSR.
- **Calidad de los Servicios:** Examinar la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios recibidos.
- **Educación y Sensibilización:** Analizar programas educativos y campañas de sensibilización sobre SDSR.
- **Políticas y Legislación:** Revisar las leyes y políticas existentes que afectan la SDSR.
- **Barreras y Desafíos:** Identificar obstáculos que limitan el acceso a la SDSR.

5. Resultados y Discusión

- Presentar los hallazgos principales del análisis documental.
- Comparar los resultados con la información primaria recolectada.
- Discutir las implicaciones de los hallazgos para la ejecución del proyecto REACH

6. Conclusiones y Recomendaciones

- Resumir los hallazgos más importantes.
- Ofrecer recomendaciones basadas en los resultados y la triangulación de datos e información

7. Referencias

- Incluir una lista completa de todos los documentos y fuentes consultadas

Anexo 9. REACH GOCS 02

	Para: Plan Internacional 	DOCUMENTO DE ARCHIVO Guía de Observación de Centros de Salud	Herramienta: Cuestionario: REACH - GOCS 02
Consultoría: Línea Base del Proyecto “Adolescentes Resilientes y Empoderados para el Cambio y la Acción en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) - REACH			Naturaleza de la revisión:

Guía de Observación de Centros de Salud

Esta guía de observación ha sido diseñada para que el equipo consultor pueda evaluar de manera integral la calidad, sensibilidad de género y amigabilidad hacia las Adolescentes y Jóvenes Mujeres (AJM) en los servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) prestados por centros de salud específicos.

En esta guía, abordaremos aspectos esenciales como la accesibilidad y el ambiente de los centros de salud, la calidad de los servicios ofrecidos, la capacitación y el trato del personal, y la sensibilidad de los servicios hacia las necesidades de género. Además, se evaluarán los programas y servicios específicos relacionados con la prevención y atención de la Violencia Sexual Basada en Género (VSBG).

Al utilizar esta guía, el equipo consultor podrá identificar tanto fortalezas como áreas de mejora, permitiendo una comprensión profunda de cómo estos centros de salud están respondiendo a las necesidades de las AJM. Las observaciones recogidas contribuirán a la formulación de recomendaciones prácticas y efectivas para mejorar la calidad y efectividad de los servicios de SSR en beneficio de las jóvenes mujeres de la comunidad.

NOTA: Esta NO es una guía de preguntas, sino un detalle de aspectos que el equipo consultor observará durante la visita al centro de salud.

1. Preparación antes de la visita al centro de salud

- **Objetivo de la evaluación:** Definir claramente lo que se busca observar y evaluar en los centros de salud.
- **Identificar el Centro de Salud**

2. Aspectos Generales del Centro de Salud que debes observar al acudir a la visita

- **Ubicación y accesibilidad:**
 - ¿El centro es fácilmente accesible para las AJM?
 - ¿Existen señales claras y comprensibles para acceder a información y atención en SSR?
 - ¿Hay un letrero que liste los servicios y el horario de atención del establecimiento de salud?
 - ¿Este letrero está claro e incluye información específica para adolescentes?

- e. ¿Este letrero está en un idioma originario?
- f. ¿Existe señalética interna que identifica el área física donde se brinda atención integral y diferenciada para adolescentes?
- g. ¿Existe un letrero que promueve el acceso a la ILE?

NOTA: Obtén fotografías de respaldo de los letreros y señalética.

● **Observa la Infraestructura y ambiente:**

- a. ¿Las instalaciones están limpias y en buen estado? (Registra lo que observes en la visita). Evalúe la calidad de los espacios en donde se brindan servicios a los y las adolescentes utilizando la siguiente escala:

1 = Muy bueno, 2 = Bueno, 3 = Aceptable, 4 = Malo, 5 = Muy malo, 99 = N / A (Marque solo el número).

	Recepcion	Sala de Espera	Consultorio Servicios	Sala para Tallers/Educacion
Piso				
Cielo Raso				
Paredes				
Puertas				
Ventanas				
Cableado Electrico				
Iluminacion				
Ventilacion				
Privacidad Visual				
Privacidad Sonora				
Señalización				

3. Sensibilidad de Género

- **Trato hacia los pacientes** : Durante la visita valida observando si:
 - ¿El personal muestra un comportamiento respetuoso y no discriminatorio?
- **Enfoque de género en la atención:** durante la visita consulta en informaciones si:
 - ¿Se ofrecen servicios adaptados a las realidades y contextos de las AJM?

5. Amigabilidad del Centro de Salud

- **Ambiente acogedor y seguro:**
 - Observa si, ¿Existen espacios privados donde los pacientes puedan hablar con el personal sin interrupciones?

6. Evaluación de Programas y Servicios Específicos

- **Servicios de prevención y atención de VSBG:** durante la visita consulta y solicita información (documental si es posible) sobre si:

- ¿El centro ofrece programas y servicios específicos para prevenir y atender casos de VSBG?

7. Análisis de hallazgos:

- Resumir los puntos fuertes y áreas de mejora observados durante tu visita

Anexo 10. REACH GESP 03

	Para: Plan Internacional 	DOCUMENTO DE ARCHIVO Entrevista a representantes del sector público (GAM/DNA/SLIM)	Herramienta: Cuestionario: REACH – GESP 03
Consultoría: Línea Base del Proyecto “Adolescentes Resilientes y Empoderados para el Cambio y la Acción en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) - REACH			Naturaleza de la revisión:

Entrevista para representantes del sector público (GAM/DNA/SLIM)

Identificación del lugar:	Departamento:	Municipio:	Comunidad:
Nombre de la institución:			
Datos de la persona a la que se le realiza la encuesta			
<i>Cargo:</i>	<i>Tiempo en el cargo:</i>		
Sexo: <i>(Marca con una X según la respuesta del participante)</i>	¹ Hombre	² Mujer	³ Intersexual
Género: <i>(Marca con una X según la respuesta del participante)</i>	¹ Masculino	² Femenino	³ No binario
		⁴ Prefiero NO decirlo	⁵ Mi identidad de género no está en la lista
Si la respuesta fue “Mi identidad no está en la lista” ¿cómo te identificas? <i>(Escribe en la casilla la respuesta de la/el participante)</i>			
<i>Edad:</i>			

- ¿Qué necesidades identifican (desde su institución) que tienen los jóvenes y adolescentes del municipio en relación a su salud y derechos sexuales y reproductivos?
- ¿El municipio cuenta con alguna ley, norma u ordenanza municipal específica a favor de la SDSR y Protección de las AJM? Si es así, puede comentarnos en qué consisten. *(Nota entrevistador: Solicita una copia de la ley o normativa para archivo)*
- Desde su perspectiva, ¿En el municipio se prioriza las actividades para promover la SDSR? ¿En qué consisten estas actividades? ¿Las actividades están programadas en el POA? Si es así, ¿En qué partida presupuestal se encuentra y aproximadamente que monto o porcentaje está asignado? *(Nota entrevistador: Solicita una copia del POA aprobado o reformulado)*
- ¿Qué programas y servicios específicos ofrece su institución para atender las necesidades en SDSR (Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y VSBG (Violencia Sexual Basada en Género) de las Adolescentes y Jóvenes Mujeres? ¿Cuentan con los recursos necesarios para responder a estas necesidades?
- ¿Existen en el municipio redes multisectoriales de protección? Si es así, ¿puede comentarnos cómo funcionan?
- ¿Cómo asegura su institución que los servicios de SDSR sean accesibles y de calidad para todas las AJM en los municipios focalizados?
- ¿Cómo se asegura su institución de que las AJM conozcan sus derechos y los recursos disponibles para denunciar y recibir apoyo en casos de VSBG?

- ¿Qué mecanismos de protección tienen implementados para garantizar la seguridad y bienestar de las AJM?
- ¿Cómo evalúan la efectividad de sus programas y servicios en satisfacer las necesidades de las AJM en términos de SDSR y VSBG?
- ¿Cuentan con alguna estrategia para involucrar a AJM en el desarrollo de servicios y programas? Si es así, puede comentarnos ¿En qué consisten estas estrategias?
- ¿Cuentan con algún programa de capacitación para el personal de salud y otros actores clave en la identificación y manejo de casos de VSBG? Si es así, puede comentarnos ¿en qué consisten y cómo funcionan? Valore el grado de coordinación que han logrado para dar respuesta a casos de VSBG.
- ¿Qué recursos y servicios específicos ofrece su institución a las sobrevivientes de VSBG en términos de apoyo psicológico, legal y médico?
- ¿De qué manera colabora su institución con otras entidades (gubernamentales, ONGs, comunidad) para mejorar la respuesta a las necesidades de SDSR y protección de las AJM?
- ¿Qué mecanismos de referencia (horizontales y verticales) conocen y aplican para proporcionar una atención integral a las sobrevivientes de VSBG ? En su opinión, cuáles son las barreras y oportunidades en la implementación efectiva de estos mecanismos de referencia / derivación?
- ¿Qué desafíos han encontrado en la implementación de sus programas y servicios para las AJM, y cómo los han abordado?

Anexo 11. REACH GECE 04

	Para: Plan Internacional 	DOCUMENTO DE ARCHIVO Entrevista a representantes para centros educativos	Herramienta: Cuestionario: REACH - GECE - 04
Consultoría: Línea Base del Proyecto “Adolescentes Resilientes y Empoderados para el Cambio y la Acción en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) - REACH			Naturaleza de la revisión:

Guía Entrevista para representantes de centros educativos

Identificación del lugar:	Departamento:	Municipio:	Comunidad:
Nombre de la institución:			
Datos de la persona a la que se le realiza la encuesta			
Cargo:	Tiempo en el cargo:		
Sexo: (Marca con una X según la respuesta del participante)	¹ Hombre	² Mujer	³ Intersexual ⁴ Prefiero NO decirlo
Género: (Marca con una X según la respuesta del participante)	¹ Masculino	² Femenino	³ No binario ⁴ Prefiero NO decirlo ⁵ Mi identidad de género no está en la lista
Si la respuesta fue “Mi identidad no está en la lista” ¿cómo te identificas? (Escribe en la casilla la respuesta de la/el participante)			
Edad:			

- ¿Qué necesidades identifican (desde su institución) que tienen los jóvenes y adolescentes del centro educativo en relación a su salud y derechos sexuales y reproductivos? ¿De qué manera su institución responde a estas necesidades? ¿Cuentan con los recursos necesarios para responder a estas necesidades?
- Desde su perspectiva, ¿Considera que es responsabilidad de los establecimientos educativos atender las necesidades de información de las/los adolescentes en materia de SDS?
- ¿En la unidad educativa se proporciona información sobre SDSR o integra la EIS? Si es así, ¿cómo se implementan? (Si la respuesta es NO, pasar a pregunta 7)
- ¿De qué manera se adapta el contenido para brindar información sobre SDSR para ser inclusivo y sensible a las necesidades de todos los estudiantes?
- ¿Cómo se evalúa la efectividad de la EIS en su escuela? ¿Existen mecanismos de retroalimentación por parte de los estudiantes?
- ¿Qué apoyo reciben los estudiantes fuera del aula, como consejería o servicios de salud, en relación con la EIS? ¿Qué apoyo reciben las/os docentes para impartir la EIS?
- ¿Cómo se involucra a los padres y la comunidad en el programa de EIS de la escuela?
- ¿Qué desafíos han enfrentado en la implementación de la EIS y cómo los han superado?
- ¿Existen colaboraciones con organizaciones externas para fortalecer el programa de EIS en su centro educativo?

10. En su opinión, ¿Qué perspectiva tienen los estudiantes y los padres/madres/cuidadores respecto a la salud y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y adolescentes? ¿Abordan la temática como un tabú? ¿O existe mayor apertura para trabajar sobre el tema?
11. ¿Cómo integras la perspectiva de género en tu práctica docente diaria?
12. ¿De qué manera crees que la interseccionalidad (género, etnia, clase social, discapacidad, etc.) afecta el aprendizaje de tus estudiantes?
13. ¿Qué desafíos has enfrentado al tratar temas de equidad de género en el aula?
14. ¿Consideras que el enfoque de género y la interseccionalidad son relevantes para mejorar el ambiente escolar? ¿Por qué?
15. ¿Qué estrategias utilizas para promover la equidad de género y la inclusión de todos los estudiantes, independientemente de sus características individuales?
16. Si dentro del establecimiento educativo, un/una estudiante hace una revelación de violencia, ¿Cómo abordan esa situación? ¿Existen protocolos establecidos que orienten sobre qué hacer, cómo atender al estudiante y cómo reportar el caso a las instancias que correspondan?

Anexo 12. REACH FESS 05

	Para: Plan Internacional 	DOCUMENTO DE ARCHIVO Documento de evaluación para servicios de salud	Herramienta: Cuestionario: REACH -FESS - 05
Consultoría: Línea Base del Proyecto “Adolescentes Resilientes y Empoderados para el Cambio y la Acción en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) - REACH			Naturaleza de la revisión:

Ficha de evaluación para servicios de salud

Esta ficha de evaluación permitirá que el equipo consultor sistematice toda la información relevante sobre los servicios de salud que se brindan a los jóvenes y adolescentes del municipio, en relación a la salud sexual y reproductiva. La ficha será aplicada con el acompañamiento y colaboración de un/una representante de la institución.

Primera sección: Identificación de la institución

P1. Identificación del lugar:	¹ Departamento:	² Municipio:	³ Comunidad:
P2. Nombre de la institución:			
P3. Datos de la persona que acompaña la evaluación			
Cargo:	Tiempo en el cargo:		
Sexo: (Marca con una X según la respuesta del participante)	¹ Hombre	² Mujer	³ Intersexual ⁴ Prefiero NO decirlo
Género: (Marca con una X según la respuesta del participante)	¹ Masculino	² Femenino	³ No binario ⁴ Prefiero NO decirlo ⁵ Mi identidad de género no está en la lista
Si la respuesta fue “Mi identidad no está en la lista” ¿cómo te identificas? (Escribe en la casilla la respuesta de la/el participante)			
Edad:			

Segunda sección: Calidad, Equipamiento, Materiales y Servicios disponibles

Realice las siguientes consultas a la persona responsable que acompaña la evaluación, y marque con un X donde corresponda, o escriba brevemente sus respuestas en los espacios en blanco:

P4. Este Establecimiento de Salud ¿Se encuentra certificado como establecimiento de Atención Diferenciada Integral a Adolescentes?	¹ SÍ (Pasar P4a)	² NO (Pasar P4b)	³ PARCIALMENTE (Pasar P4b)	⁴ NS /NR
P4a. ¿Desde cuándo se cuenta con la certificación y quién la otorgó?				
P4a. ¿Qué les hace falta para obtener la certificación?				
P5. ¿Cuenta el Establecimiento de Salud con personas exclusivo para la atención diferenciada a adolescentes?	¹ SÍ (Pasar P5a)	² NO	³ PARCIALMENTE (Pasar P5a)	⁴ NS /NR
P5.a ¿Cuántos?	Cantidad Hombres	Cantidad Mujeres	Cantidad Otros	
P6. ¿Este centro es accesible para personas con discapacidad?	¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE	⁴ NS /NR

P7. ¿Proporciona servicios en otros idiomas, lenguas originarias?	¹ SÍ (Pasar P7a)	² NO	³ PARCIALMENTE (Pasar P7a)	⁴ NS /NR	
P7 a ¿Qué idiomas/ lenguas? (guaraní, Baure, quechua, aymara)					
P8. ¿Existen horarios específicos para la atención de adolescentes (10-18 años) y jóvenes (19-24 años)?	¹ SÍ	² NO	³ NS /NR		
P9. ¿El establecimiento de salud dispone de ambientes destinados exclusivamente para la atención de las/los adolescentes?	¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE	⁴ NS /NR	
P10. ¿Con que tipo de ambientes exclusivos cuenta el establecimiento de salud?	¹ Recepción ² Sala de espera ³ Consultorio ⁴ Sala para Talleres/ Educación ⁵ Otro (especificar)				
P11. ¿Qué servicios de salud sexual y reproductiva a adolescentes ofrecen en el Establecimiento de Salud? (Marcar todas las casillas que corresponda)	¹ Suministro de anticonceptivos ² Pruebas de embarazo ³ Pruebas de ITS (Infección de Transmisión Sexual) ⁴ Servicios de tratamiento de ITS ⁵ Suministro y seguimiento TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad) ⁶ Atención de ILE (Interrupción Legal del Aborto) ⁷ Atención post ILE (Interrupción Legal del Aborto) ⁸ Consejería de anticoncepción ⁹ Consejería para víctimas de violencia sexual ¹⁰ Consejería para personas que viven con VIH/SIDA ¹¹ Detección de cáncer cervical (Papanicolaou) ¹² Kit de emergencia para la violencia sexual (PEP) ¹³ Vacunación VPH (Virus del Papiloma Humano) ¹⁴ Identificación y tratamiento de problemas psicológicos y de comportamiento ¹⁵ Apoyo psicosocial ¹⁶ Otro (especificar)				
P12. Para la atención de pacientes que requieren Servicios sobre Salud Sexual y Reproductiva. ¿Se requiere el consentimiento de madres, padres, persona cuidadora?	¹ SÍ	² NO	³ SÍ, PARA ALGUNOS	⁴ NS /NR	
P13. ¿Qué tan frecuente se respetan las preferencias de las adolescentes mujeres respecto al sexo del personal de salud que las va a atender?	¹ NUNCA	² MUY POCO	³ A VECES	⁴ CASI SIEMPRE	⁵ SIEMPRE
P14. ¿Qué tan frecuente se respetan las preferencias de los adolescentes hombres respecto al sexo del personal de salud que los va a atender?	¹ NUNCA	² MUY POCO	³ A VECES	⁴ CASI SIEMPRE	⁵ SIEMPRE
P15. ¿El Establecimiento de Salud ofrece alguno de estos métodos anticonceptivos modernos? (Marcar todas las casillas que corresponda)	¹ Anticonceptivo Oral de Emergencia (AOE) ² Pastillas anticonceptivas ³ Inyectable Mensual / Trimestral ⁴ Condones masculinos ⁵ Condones femeninos ⁶ Dispositivo Intrauterino (DIU) ⁷ Parches				

	⁸ Implantes				
	⁹ Otro (especificar)				
P16. ¿Estos métodos anticonceptivos están disponibles para adolescentes?	¹ SÍ	² NO	³ ALGUNOS	⁴ NS /NR	
P16a ¿Cuáles? ¿Porqué?					
P17. ¿Hay un requerimiento de edad mínima para que los/las adolescentes reciban anticonceptivos?	¹ SÍ, para todos (Pasar P17a)	² Si, para algunos (Pasar P17a)	³ NO	⁴ NS /NR	
P17a. ¿Cuáles? y ¿Qué edad?					
P18. ¿Se requiere el consentimiento de madres, padres, persona cuidadora o de la pareja para la entrega de métodos modernos de anticoncepción a adolescentes?	¹ SÍ, para todos	² Si, para algunos	³ NO	⁴ NS /NR	
P19. Si llega a tu establecimiento de salud una adolescente mujer de menor de 18 años que solicita condón, ¿qué haría (o que se hace regularmente en el Centro de Salud)?	¹ Solicita la autorización de su madre/padre/cuidadora/cuidador o indica que regrese con sus padres				
	² Llamar a su madre/padre/ cuidador/a				
	³ Le entrega el condón				
	⁴ Le entrega el condón y brinda atención en consejería				
	⁵ No se le entrega el condón				
	⁶ Se indaga sobre su uso y requerimiento				
	⁷ Se solicita completar algún formulario				
	⁸ Otro (especificar)				
	⁹ No sabe / No responde				
P20.¿Si llega a tu Establecimiento de Salud una adolescente mujer menor de 18 años que solicita Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), que haría (o que se hace regularmente en el Centro de Salud)?	¹ Solicita la autorización de su madre/padre/cuidadora/cuidador o indica que regresen con alguna persona adulta				
	² Llamar a su madre/padre/ cuidador/a				
	³ Le entrega la AOE				
	⁴ Le entrega la AOE y brinda atención en consejería				
	⁵ No se le entrega AOE				
	⁶ Otro (especificar)				
	⁷ No sabe / No responde				
P20a Si llega a tu Establecimiento de salud una adolescente que solicita AOE porque fue sobreviviente de VSBG, que haría (o que se hace regularmente en el Centro de Salud)?	¹ Procede a realizar pruebas de VIH, ITS y aplica antirretrovirales				
	² Recolecta evidencias de violación y las almacena debidamente				
	³ Brinda a la adolescente sobreviviente opciones informadas para prevenir/interrumpir el embarazo y entrega AOE				
	⁴ Procede a reportar el caso ante las autoridades de protección				
	⁵ Desconozco como proceder en este tipo de situaciones				
	⁶ Me amparo en el derecho a la no objeción si hay que interrumpir el embarazo				
	⁷ Aplico el protocolo de manejo clínico para atención de VSBG				
	⁸ Solicita apoyo de otro/a colega para aplicar el protocolo porque tengo duda sobre como aplicarlo				
P21 ¿Si llega a su Establecimiento de Salud una adolescente con signos de aborto, que haría (o que se hace regularmente en el Centro de Salud)	¹ Llamar a su padre o cuidador				
	² Llamar a su madre o cuidadora				
	³ Llamar a la policía				
	⁴ Brindarle atención médica inmediata				
	⁵ Brindarle atención psicosocial				
	⁶ Referirle a otro establecimiento				
	⁷ Otro (especificar)				
	⁸ No sabe / No responde				

P22 Indique si los siguientes equipo y materiales se encuentran disponibles para la atención diferenciada de las y los adolescentes	1 Estetoscopio	
	2 Estetoscopio obstétrico	
	3 Espéculos	
	4 Esfigmomanómetro	
	5 Balanza mecánica de plataforma	
	6 Tallímetro de madera	
	7 Cinta métrica	
	8 Tensiómetro operativo	
	9 Glucómetro	
	10 Oto-oftalmoscopio	
	11 Hemoglobímetro	
	12 Pulsoxímetros	
	13 Martillo de reflejos	
	14 Cinta métrica obstétrica	
	15 Detector de latidos fetales	
	16 Oclisor con agujero estenopeico	
	17 Linterna para examen clínico tipo lapicero	
	18 Cubeta de acero inoxidable para instrumental	
	19 Lámparas de cuello Minston	
	20 Set de atención de partos	
	21 Sets de instrumentos quirúrgicos para legado	
	22 Camillas metálicas para transporte de pacientes	
	23 Camillas metálicas examen ginecológico	
	24 Gráfica de crecimiento	
	25 Tabla de valoración nutricional antropométrica para adolescentes	
	26 Plantilla del Test de TANNER (Valoración de maduración sexual)	
	27 Gráfica del Índice de masa corporal para adolescentes	
	28 Cartilla de SNELLEN (para evaluar la agudeza visual)	
	29 Historia clínica de etapa de vida adolescentes	
	30 Carnet de control pre natal	
	31 Historia clínica de emergencias obstétricas	
	32 Fluxograma de atención a adolescentes hombre	
	33 Fluxograma de atención a adolescentes mujer	
	34 Formatos para referencia	
	35 Directorio actualizado de Instituciones que brindan servicios para adolescentes	
	36 Tarjeta de planificación familiar	
	37 Biombos de acero inoxidable	
	38 Escalera metálica de dos pasos	
	39 Colchonetas	
	40 Pizarras acrílicas	
	41 Ventilador eléctrico	
	42 Megáfono	
	43 Proyector	
	44 TV	
	45 Muebles de escritorio (estantes, escritorio, gavetas, etc)	
	46 Disco suro portátil	
	47 Equipo de sonido	
	48 Otro (especificar)	

P23 Indique si los siguientes materiales educativos se encuentran disponibles para la atención diferenciada de los y las adolescentes	1 Material educativo como rotafolios, dípticos, trípticos, etc (sobre SSR)				
	2 Materiales para talleres formativos				
	3 Materiales para talleres de animación socioculturales				
	4 Maquetas aparato reproductor masculino				
	5 Maquetas aparato reproductor femenino				
	6 Dildo				
P24 Cuentan con material educativo impreso	1 Sí, varios (Pasar P24a)	2 Si, algunos (Pasar P24a)	3 NO	4 NS /NR	
P24a Indique que tipo de material educativo impreso se encuentra disponible para los y las adolescentes (Marcar las casillas que correspondan) NOTA: Solicita 1 ejemplar del material impreso	1 Cambios en el cuerpo y psicológicos durante la adolescencia				
	2 Métodos anticonceptivos modernos				
	3 Embarazo				
	4 Interrupción Legal del Embarazo				
	5 Infecciones de Transmisión Sexual				
	6 Derechos sexuales y reproductivos				
	7 Actitudes, creencias y tabúes alrededor de la SSR de los/las adolescentes				
	8 Servicios de salud sexual y reproductiva ofrecidos a adolescentes				
	9 Otro (especificar)				
P25. ¿En qué idiomas/ lenguas originarias están disponibles los materiales impresos?					
P26. ¿El lenguaje de los materiales es amigable a los adolescentes?	1 Sí, varios	2 Si, algunos	3 NO	4 NS /NR	
P27 Cuenta con materiales educativos en las paredes en los lugares donde se prestan servicios diferenciados a las y los adolescentes? (Solicitar permiso para obtener una fotografía del material en las paredes)	1 Sí	2 NO	3 PARCIALMENTE	4 NS /NR	
P28. Cuenta con materiales educativos con mensajes diferenciados para adolescentes mujeres y hombres?	1 Sí	2 NO	3 PARCIALMENTE	4 NS /NR	
P29 ¿Cuentan en el servicio diferenciado con materiales visuales, audiovisuales en lenguas originarias?	1 Sí	2 NO	3 PARCIALMENTE	4 NS /NR	
P30. ¿El Centro de Salud cuenta con gráficos/carteles sobre las políticas de no divulgación de información, no estigmatización, no discriminación y no divulgación de comentarios despectivos? Esta información es visible para las y los pacientes? (Solicitar permiso para obtener una fotografía del material en las paredes)	1 Sí cuenta y son visibles	2 Sí cuenta pero no son visibles	3 Cuenta con algunos que no son visibles	4 NO cuenta	
P31. ¿Qué actividades se realizan para abordar temas de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos con adolescentes y jóvenes? (Marcar todas las casillas que corresponda)	1 Visitas domiciliarias				
	2 Campañas de salud				
	3 Campañas de comunicación impresas				
	4 Campañas de comunicación digitales				
	5 Talleres con la comunidad				
	6 Actividades lúdicas				
	7 Encuentros de adolescentes				
	8 Ferias				
	9 Charlas/ Talleres en Unidades Educativas				
	10 Otro (especificar)				
P32 ¿Existen protocolos escritos claramente para atender a los/las adolescentes?	1 Sí (Pasar P32a)	2 NO (Pasar P36)	3 PARCIALMENTE (Pasar P32a)	4 NS /NR (Pasar P36)	

P32a. ¿Con qué protocolos cuentan?	1 Protocolos Clínicos de Atención Integral a los Adolescentes				
	2 Protocolos de Atención en Salud con enfoque de Género				
	2 Protocolos o Políticas anti-acoso a los adolescentes				
	4 Protocolos o Política anti discriminación en la atención a los adolescentes				
	5. Protocolos de atención para casos de VBG y VSBG?				
	6 Protocolos y procedimientos para proporcionar Interrupciones Legales del Embarazo (ILE) de manera segura y confidencial				
	7 Otro (especificar)				
P33. ¿El personal del Establecimiento de Salud conoce de estos protocolos?	1 SÍ	2 NO	3 PARCIALMENTE	4 NS /NR	
P34. ¿Recibieron alguna capacitación sobre estos protocolos en los últimos 6-12 meses?	1 SÍ, varios (Pasar P18a)	2 Si, algunos (Pasar P18a)	3 NO	4 NS /NR	
P35. Sobre qué Protocolos o Políticas	1 Protocolos Clínicos de Atención Integral a los Adolescentes				
	2 Protocolos de Atención en Salud con enfoque de Género				
	3 Protocolos o Políticas anti-acoso a los adolescentes				
	4 Protocolos o Política antidiscriminación en la atención a los adolescentes				
	5 Protocolos de atención para casos de VBG y VSBG				
	6 Otro (especificar)				
P36. ¿Existe un sistema formal de derivaciones, que incluya el seguimiento y monitoreo de casos?	1 SÍ	2 NO (Pasar P40)	3 PARCIALMENTE	4 NS /NR (Pasar P40)	
P37. ¿Cómo aplican los mecanismos de referencia y contrareferencia en casos de VBG y VSBG?	1 SÍ (Pasar P37a)	2 NO	3 PARCIALMENTE (Pasar P37a)	4 NS /NR	
P37a Si la anterior respuesta fue SI, ¿en qué consisten?					
P38. A qué Institución(es) se derivan los casos	1 Establecimiento de Salud de otro Nivel (Pasar a Pa)				
	2 Defensoría de la Niñez y Adolescencia (DNA)				
	3 Servicio Legal Integral Municipal (SLIM)				
	4 FELC-V				
	5 Fiscalía				
	6 Otro (especificar)				
P39 ¿A qué Servicio de Salud se realizan las derivaciones?	1 Centro de Salud en el Centro Poblado				
	2 Hospital de Primer Nivel				
	3 Hospital de Segundo Nivel (Departamental)				
	4 Hospital de tercer Nivel (Regional/ Nacional)				
	5 Establecimiento Privado				
	6 Otro (especificar)				
P40 En los últimos 6-12 meses atendieron casos de VBG y/o VSBG	1 SÍ	2 NO	4 NS /NR		
P41. ¿Mantiene el personal la confidencialidad de la información sensible revelada por un niño/niña en caso de abuso?	1 SÍ	2 NO	3 PARCIALMENTE	4 NS /NR	
P42. ¿Tiene un listado de puntos focales/contactos de instituciones gubernamentales (SLIMs, DNAs, Unidades Educativas, Policía, ¿Otros) que trabajan en favor de adolescentes y jóvenes en su red de salud? (Verifique registros)	1 SÍ	2 NO	3 PARCIALMENTE	4 NS /NR	
P43. ¿Los expedientes de las y los pacientes están protegidos en un lugar seguro para su confidencialidad?	1 SÍ	2 NO	3 PARCIALMENTE	4 NS /NR	

P44. ¿Los expedientes de las y los pacientes están protegidos en un lugar seguro para su confidencialidad?			
P45. ¿Están actualmente los/las adolescentes involucrados en la toma de decisiones acerca de cómo se deben dar los servicios SSR?	¹ SÍ (Pasar P45a)	² NO (Pasar P46)	³ NO SABE
P45a ¿Cómo?			
P46. ¿Si existiera un sistema que permita llevar un registro sobre datos epidemiológicos, lo utilizaría?	¹ SÍ (Pasar P54)		² NO (Pasar P53)
P47. En caso de que NO ¿Por qué?			
P48. En caso de que SI ¿Qué funciones o cómo le gustaría que funcione ese sistema?			



¡Gracias por ayudarnos!

Esta sección será completada por los encuestadores

N°	INTRODUCCIÓN: INFORMACIÓN SOBRE EL ENCUESTADOR	
A	Nombre apellido del encuestador	
B	Fecha de recogida de datos	
C	Lugar de recogida de datos	
D	Nombre Supervisor	

Anexo 13 REACH CAJ 06_G1

REIN VEN TA RSE	Para: Plan Internacional		DOCUMENTO DE ARCHIVO	Herramienta:
			Cuestionario para Adolescentes y Jóvenes	Cuestionario: REACH - CAJ06- G1
Consultoría: Línea Base del Proyecto "Adolescentes Resilientes y Empoderados para el Cambio y la Acción en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) - REACH				Naturaleza de la revisión:

Cuestionario para Adolescentes y Jóvenes (12 – 14 años)

¡Hola! Queremos invitarte a participar en esta encuesta que habla sobre los derechos sexuales y reproductivos. **Tu voz es importante para nosotros** y te aseguramos que todo lo que nos compartas será **totalmente confidencial y anónimo**, tu identidad se mantendrá en secreto en todo momento.

Te agradecemos por tus respuestas completamente honestas y el tiempo que dedicas para ayudarnos a completarla.

¿Estás lista/o para empezar?, ¡Comencemos!



Primera sección: Datos Personales

En esta sección completaremos información sobre datos que te identifican

P1. Identificación del lugar: <i>Escriba el departamento, municipio y comunidad donde vive el/la participante</i>	¹ Departamento:	² Municipio:	³ Comunidad:
P2. ¿Tu familia es patrocinada por Plan International?	¹ SI	² NO	
P3. ¿Cuántos años tienes? <i>(Escriba la edad de la/el participante en la casilla en blanco)</i>			
P4. Sexo: (Marca con una X según la respuesta de la participante)	¹ Hombre	² Mujer	³ Intersexual
P5. Género: (Marca con una X según la respuesta de la participante) Si la respuesta es Masculino, Femenino, No binario o prefiere no decirlo, pasar a P6	¹ Masculino	² Femenino	³ No binario
		⁴ Prefiero NO decirlo	⁵ Mi identidad de género no está en la lista
P5a. Si tu respuesta fue "Mi identidad no esta en la lista" ¿cómo te identificas? <i>(Escribe en la casilla la respuesta de la/el participante)</i>			
P6. ¿Tienes alguna discapacidad? (problemas para ver, oír, moverte, etc.). (Marca con una X según respuesta de la/el participante)	¹ Discapacidad física	⁵ Discapacidad visual	
	² Discapacidad auditiva y/o sensorial	⁶ Discapacidad múltiple	
	³ Discapacidad intelectual	⁷ Otra	
	⁴ Discapacidad psíquica - mental	⁸ No / Prefiero NO decirlo	
P6a. Si respondiste Otra, <i>(Escribe en la casilla la respuesta)</i>			
P7. ¿Hasta qué nivel estudiaste? <i>(Marca con una X según respuesta de la/el participante)</i>	¹ Ninguno	² Primaria	³ Secundaria
	⁵ Universidad	⁶ Licenciatura	⁷ Postgrado
P8. ¿Cuál es tu estado civil? <i>X según respuesta de la/el participante (Marca con una X)</i>	¹ Soltera/ soltero	² Unión libre	³ Casada/ Casado
		⁴ Divorciada/ Divorciado	⁵ Viuda/Viudo
P9. ¿Cuál es tu primer idioma? <i>(Escribe la respuesta de la/el participante)</i>			
P10. ¿Te identificas con alguna etnia o pueblo indígena? <i>(Elige una opción y marca con una X) Si la respuesta fue NO, pasa a la pregunta 11</i>	¹ SI	² NO	

P10a. Si la respuesta fue sí, ¿con cuál? (Escribe en la casilla en blanco el nombre del pueblo o etnia con el que se identifica el /la participante)	
---	--

Segunda sección: Autopercepción (habilidades para la vida)

En esta sección leeremos algunas preguntas y te daremos opciones de respuesta y nos indicas cuál de ellas refleja lo que tu piensas. (Marca con una X la opción que elija el/la participante):

P11. ¿Qué tan de acuerdo estás con las siguientes afirmaciones?					
P11.1 Tengo mucho de que sentirme orgulloso/orgullosa	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P11.2 Mi familia aprecia mis ideas y ayuda	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P11.3 Mis amigos aprecian mis ideas y ayuda	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P11.4 Me gusta cómo me veo /me siento bien con mi manera de vestirme y de arreglarme	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P11.5 Tengo las cualidades y habilidades para alcanzar mis metas	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P11.5a Marcar habilidades y cualidades que el/la participante considera que tiene	¹ Confianza en mi mismo				
	² Disciplina				
	³ Responsabilidad				
	⁴ Automotivación				
	⁵ Otras				
P11.6 Pienso mucho en mi futuro y cómo quiero vivir mi vida	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P12. Cuando estás hablando con alguien ¿Con qué frecuencia te pasa lo siguiente?					
P12.1 Expreso fácilmente lo que pienso y puedo decir mis ideas con claridad.	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P12.2 Expreso lo que no me gusta	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P12.3 Me siento cómodo/a expresando mis opiniones e ideas con mi familia	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P12.4 Me siento cómodo/a expresando mis opiniones e ideas con mis amigos y amigas	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P12.5 Me siento cómodo/a hablando de sexualidad con mi familia	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P12.6 Me siento cómodo/a hablando de sexualidad con mis amigos y amigas	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P12.7 Me siento cómoda o cómodo hablando sobre sexualidad en clases	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P13.1 Cuando estás tomando una decisión importante ¿Con qué frecuencia te pasa lo siguiente?					
P13.1a Pienso en las consecuencias positivas y negativas de tal decisión	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P13.1b Busco la opinión o consejo de otras personas	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P13.2 Cuando estás discutiendo con alguien ¿Con qué frecuencia te pasa lo siguiente?					
P13.2a ¿Cómo reaccionas cuando no estás de acuerdo con un compañero/a sobre algún tema?	¹ Trato de encontrar una solución conjunta	² Pido ayuda a un adulto para mediar la situación	³ Ignoro el problema continuo	⁴ Me enojo y discuto	

P13.2b Si no están de acuerdo con lo que yo digo, me ofendo o enojo	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre
P13.2c Trato de entender el punto de vista de la otra persona	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre
P13.2d ¿Qué harías si ves a dos amigos/as discutiendo mucho?	¹ Intento intervenir y ayudar a calmar la situación	² Pido ayuda a un adulto para mediar la situación	³ Me mantengo al margen y dejo que resuelven sus problemas	⁴ Elijo a uno/a de ellos/as y me uno a la discusión

Tercera sección: Toma de decisiones y Percepción sobre Igualdad de Género

En esta sección leeremos algunas preguntas y te daremos opciones de respuesta y nos indicas cuál de ellas refleja lo que tu piensas. (Marca con una X la opción que elija el/la participante):

P14. En tu opinión ¿Quién debería realizar las siguientes actividades en un hogar?				
P14.1 Ser el/la principal proveedor/a de ingresos económicos	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre ⁵ Solo el hombre
P14.2 Preparar comida y limpiar la casa	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre ⁵ Solo el hombre
P14.3 Cuidar hijos/as pequeños/as	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre ⁵ Solo el hombre
P14.4 Hacer tareas con la huerta y animales	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre ⁵ Solo el hombre
P14.5 Participar/realizar actividades comunitarias	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre ⁵ Solo el hombre
P15. ¿Qué tan de acuerdo estás con las siguientes afirmaciones?				
P15.1 Los hombres tienen mejores capacidades para los negocios	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo ⁵ Totalmente en desacuerdo
P15.2 Es la tarea del hombre ganar el ingreso familiar y el de la mujer cuidar el hogar y la familia	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo ⁵ Totalmente en desacuerdo
P15.3 Una mujer que sabe cocinar y limpiar la casa será una buena esposa	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo ⁵ Totalmente en desacuerdo
P15.4 Si una mujer “está vestida provocativamente”, ¿es su culpa si es acosada sexualmente?	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo ⁵ Totalmente en desacuerdo
P16. Desde tu experiencia ¿Quién debería tener la última palabra en el hogar? en cuanto a decisiones relacionadas con:				
P16.1 Compras del día a día/mantenimiento del Hogar	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre ⁵ Solo el hombre
P16.2 Préstamos en el banco y uso de los ahorros	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre ⁵ Solo el hombre
P16.3 Usar o no planificación familiar	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre ⁵ Solo el hombre
P16.4 Cuándo y cuántos hijos tener	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre ⁵ Solo el hombre
P16.5 Decidir cuándo iniciar una relación sexual	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre ⁵ Solo el hombre
P16.6 ¿Crees que los hombres tienen privilegios en el hogar por encima de las mujeres?	¹ Sí	² Parcialmente	³ No (Pasar P17)	⁴ No sabe / No responde (Pasar P17)
P16.7 ¿Crees que esos privilegios son justos?	¹ No es justo	² Depende	³ Si es justo	⁴ No sabe / No responde

Cuarta sección: Derechos Sexuales y Reproductivos

En esta sección leeremos algunas preguntas y te daremos opciones de respuesta y nos indicas cuál de ellas refleja tu realidad. (Marca con una X la opción que elija el/la participante):

P17. En los últimos 12 meses, ¿has buscado o recibido información sobre los siguientes temas				
P17.1 Noviazgo, matrimonio y enamoramiento	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde
P17.2 Pubertad	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde
P17.3 Menstruación	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde
P17.4 Uso de métodos anticonceptivos	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde
P17.5 Infecciones de transmisión sexual, ITS, SIDA	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde
P17.6 Derechos sexuales y derechos reproductivos	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde

P18. En tu vida personal ¿Quién efectivamente decide o tiene la última palabra en cuanto a decisiones relacionadas con: (Lea cada pregunta y marca una sola opción según la respuesta del participante)								
P18.1 Buscar información sobre sexualidad	¹ Yo	² Mi pareja, novio, esposo	³ Yo y mi pareja, novio, esposo	⁴ Madre, padre o persona cuidadora	⁵ Alguien más	⁶ Yo y alguien más en conjunto	⁷ Decisión no tomada / no aplica	⁸ No sabe / no responde
P18.2 Recibir servicios sobre salud sexual y reproductiva (en establecimientos de salud)	¹ Yo	² Mi pareja, novio, esposo	³ Yo y mi pareja, novio, esposo	⁴ Madre, padre o persona cuidadora	⁵ Alguien más	⁶ Yo y alguien más en conjunto	⁷ Decisión no tomada / no aplica	⁸ No sabe / no responde
P18.3 Según tu opinión, ¿Quién debería decidir sobre cuándo y con quien iniciar una relación sexual de pareja?	¹ Yo	² Mi pareja, novio,	³ Yo y mi pareja, novio	⁴ Madre, padre o persona cuidadora	⁵ Alguien más	⁶ Yo y alguien de confianza que sepa de este tema	⁷ Decisión no tomada / no aplica	⁸ No sabe / no responde
P19. ¿Consideras que conoces cuáles son tus derechos sexuales y reproductivos?			¹ Sí	² Parcialmente	³ No (Pasar P22)		⁴ No sabe / No responde (Pasar P22)	
P20. ¿Consideras que de ser necesario podrías defender y hacer respetar tus derechos sexuales y reproductivos?			¹ Sí	² Parcialmente	³ No		⁴ No sabe / No responde	

P21. ¿Qué derechos sexuales y reproductivos tienes? (Escribe en los espacios en blanco todos los que mencione el/la participante)		
1.	2.	3.
4.	5.	6.
7.	8.	9.
10.	11.	12.
13.	14.	15.

P22. Has escuchado hablar o conoces que son las Infecciones de Transmisión Sexual	¹ SÍ CONOZCO	² SÍ ESCUCHÉ	² NO CONOZCO NI ESCUCHÉ (Pasar P24)	³ NO SABE / NO RESPONDE (Pasar P24)
---	-------------------------	-------------------------	--	--

P22.1 ¿Qué enfermedades de transmisión sexual conoces? (Escribe en los espacios en blanco todos los que mencione el/la participante)		
1.	2.	3.
4.	5.	6.

P23. ¿Cuáles crees que son las formas más efectivas para evitar una infección de transmisión sexual? (Marca con una X todas las respuestas que mencione el/la participante):	
¹ Absteniéndose de las relaciones sexuales	
² Usando pastillas anticonceptivas	
³ Método del ritmo o calendario	
⁴ Retiro antes de la eyaculación	
⁵ Hierbas	
⁶ Tomando la pastilla del día siguiente	
⁷ Preservativos (condón masculino femenino)	
⁸ Otro	
⁹ No sabe / No responde	

P24. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces para la prevención del embarazo? (Marca con una X todas las respuestas que mencione el/la participante):						
1 Píldoras o pastillas anticonceptivas						
2 Inyectables						
3 La T - Dispositivo interuterino						
4 Condones masculinos						
5 Esterilización femenina/litigación tubárica/ligadura de trompas						
6 Esterilización masculina/vasectomía						
7 Condones femeninos						
8 Parche anticonceptivo						
9 Pastilla del día siguiente						
10 Abstenerse de tener relaciones sexuales						
11 Método del ritmo o abstinencia periódica (Calendario)						
12 Método de retirada (antes de la eyaculación)						
13 Hierbas						
14 Otro						
15 No sabe / No responde / Ninguno						
P.25 ¿Donde puedes obtener/comprar métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo? (Marcar todas las respuestas que mencione el/la participante):				1 Centro de salud		
				2 Centro AIDA		
				3 Farmacia		
				4 A través de un amigo		
				5 Promotores comunitarios de salud		
				6 Otro		
				7 No sabe / No responde		
P26. ¿Que tan de acuerdo estás con las siguientes afirmaciones? (Marca una sola opción según la respuesta de el/la participante)						
P26.1 "El uso de anticonceptivos puede hacer que una mujer vuelva permanentemente infértil"	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo	
P26.2 "Los anticonceptivos son peligrosos para la salud de la mujer"	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo	
P26.3 "La información y el acceso a los anticonceptivos promueven una mayor actividad sexual"	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo	
P26.4 "El uso de métodos anticonceptivos es asunto de la mujer y el hombre no debería preocuparse de eso"	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo	
P26.5 "Los hombres tienen derecho a decidir que métodos anticonceptivos debe usar la mujer"	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo	
P27. ¿Sabes si hay días durante el ciclo menstrual, en los que existe mayor probabilidad que la mujer quede embarazada?			1 Sí	2 NO (Pasar P29)	3 NO SABE / NO RESPONDE (Pasar P29)	
P28. En qué momentos o días es más probable o seguro que una mujer quede embarazada (Marca una sola opción según la respuesta de el/la participante)		1 Justo antes de que empiece la menstruación				
		2 Durante la menstruación				
		3 Inmediatamente después de que termine la menstruación				
		4 Semanas antes de que empiece la menstruación				
		5 En cualquier momento				
		6 No sabe/ No responde				
P29. ¿Puede una mujer quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?			1 Sí	2 NO	3 NO SABE / NO RESPONDE	

Quinta sección: Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

En esta sección leeremos algunas preguntas y te daremos opciones de respuesta y nos indicas cuál de ellas refleja tu experiencia con los servicios de salud. *(Marca con una X la opción que elija el/la participante):*

P30. Durante el último año ¿has acudido a un establecimiento de salud para recibir servicios de salud sexual y reproductiva?	¹ SÍ Pasar 31.1	² NO	³ NO SABE / NO RESPONDE Pasar a 31.1	
P30a ¿Por qué no acudiste al centro de salud para recibir servicios o información sobre anticonceptivos, embarazo, interrupción legal del embarazo (ILE) o infecciones de transmisión sexual? <i>(Marca una sola opción según la respuesta de el/la participante)</i>	¹ Porque no necesité			
	² Porque me da miedo y/o vergüenza			
	³ Porque estos temas los tratamos en casa			
	⁴ Porque no brindan atención diferenciada para adolescentes			
	⁵ Porque mi pareja no quiere que vaya sola			
	⁶ Porque me atendió un médico tradicional			
	⁷ Por el comportamiento de las o los trabajadores/as de la salud			
	⁸ Otro			
P31.1 Pensando en tu última visita, ¿a qué tipo de establecimiento de salud acudiste?	¹ HOSPITAL	² CLINICA / POLICLÍNICO	³ CENTRO DE SALUD / POSTA MÉDICA	⁴ OTRO
P31.2 Pensando en tu última visita ¿A qué especialidad acudiste? <i>(Marca una sola opción según la respuesta de el/la participante)</i>	¹ Consulta general			
	² Consulta sobre salud sexual y reproductiva			
	³ Servicios de enfermería			
	⁴ Servicios de orientación en sexualidad			
	⁵ Consulta ginecológica / obstetra			
	⁶ Consulta pediátrica			
	⁷ Otro:			
P32. Cuando has ido a un Centro de Salud para buscar información o servicios sobre sexualidad, ¿el personal de salud te brindo explicaciones claras sobre tus preguntas y los servicios que te podían ofrecer?	¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE	
P33. ¿Te sentiste cómoda/o hablando y siendo atendida/o por el personal de salud?	¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE	
P34. ¿Crees que otras personas podían oír tu conversación con el personal mientras estabas en el consultorio?	¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE	
P35. ¿Se mostró el personal de salud interesado en lo que tenías que decir, respetando tu opinión?	¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE	
P36. ¿Sentiste que pudiste hablar de todo lo que querías y hacer todas las preguntas que querías al personal de salud?	¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE	
P37. ¿La consulta en el centro de salud te ayudó a resolver tu/tus problemas?	¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE	
P38. En general, ¿cuál es tu nivel de satisfacción con los servicios que recibiste en el establecimiento de salud?	¹ MUY INSATISFECHA	² ALGO INSATISFECHA	³ ALGO SATISFECHA	⁴ MUY SATISFECHA

Sexta sección: EIS en Centros Educativos

En esta sección leeremos algunas preguntas y te daremos opciones de respuesta y nos indicas cuál de ellas refleja tu realidad. *(Marca con una X la opción que elija el/la participante):*

P39. ¿En qué curso empezaste a recibir información acerca de Educación Integral en Sexualidad en la escuela?	¹ 1° - 3° de secundaria	² 4° - 6° de secundaria	³ Primaria	⁴ Nunca recibió (Pasar P50)
P40. Por favor, dime si recibiste enseñanzas en cada uno de los siguientes temas: (marca sí o no)				
P40.1 Pubertad / cambios físicos				¹ Sí ² No
P40.2 Órganos reproductivos				¹ Sí ² No
P40.3 Menstruación				¹ Sí ² No
P40.4 Embarazo y parto				¹ Sí ² No
P40.5 Enfermedades de transmisión sexual				¹ Sí ² No
P40.6 Métodos anticonceptivos				¹ Sí ² No

P40.7 Relaciones sexuales	¹ Sí	² No
P40.8 Derechos sexuales	¹ Sí	² No
P40.9 Derechos reproductivos	¹ Sí	² No
P40.10 Igualdad entre hombres y mujeres	¹ Sí	² No
P40.11 Prevención de la violencia y/o el abuso sexual	¹ Sí	² No
P40.12 Diversidad sexual	¹ Sí	² No
Otro :		
P41. ¿Cuánto entendiste sobre los temas relacionados a la educación sexual? (Sólo en caso de los temas que recibió enseñanza)	¹ No entendí nada	² Entendí muy poco
	³ Entendí Algo	⁴ Entendí mucho
	⁵ No estoy seguro/a	
P42. ¿Crees que podrías enseñarles a otros adolescentes sobre los temas que aprendiste relacionados a la educación sexual?	¹ Sí	² NO
	³ PARCIALMENTE	
P43. ¿Sientes que tu profesor/a animó la participación y promovió que hagan preguntas?	¹ Sí	² NO
P44. ¿Sientes que tu profesor/a animó la participación de todos y todas por igual?	¹ Hombres más que mujeres	² Mujeres más que hombres
	³ Ambos por igual	⁴ Ninguno
P45. ¿Crees que la educación sexual ha ayudado a entender mejor tu cuerpo y tu salud sexual?	¹ Sí	² NO
	³ PARCIALMENTE	
P46. ¿Crees que la educación sexual te ha ayudado a que puedas hablar abiertamente sobre sexualidad?	¹ Sí	² NO
	³ PARCIALMENTE	
P47. ¿Qué tan cómodo/a te sentiste durante las sesiones de educación sexual?	¹ Muy incómoda	² Incómoda
	³ Cómoda	⁴ Muy Cómoda
	⁵ Indecisa	
P48. ¿Qué tanto consideras que el/la profesora conocía el tema de educación sexual?	¹ Conocía muy poco sobre educación sexual	² Conocía poco sobre educación sexual
	³ Conocía algo sobre educación sexual	⁴ Conocía mucho sobre educación sexual
	⁵ Indecisa	
P49. En general, ¿cuál fue tu nivel de satisfacción con la Educación Sexual brindada en tu escuela?	¹ Muy insatisfecha	² Insatisfecha
	³ Algo satisfecha	⁴ Muy satisfecha
	⁵ No sabe / No responde	

Séptima sección: Violencia basada en Género

En esta sección leeremos algunas preguntas y te daremos opciones de respuesta. Marcamos con una X la opción que consideres correcta:

P50. ¿Qué tipos de violencias conoces? (Marcar todas las respuestas que mencione el/la participante):	¹ Violencia física	
	² Relaciones sexuales forzadas	
	³ Violación sexual	
	⁴ Acoso sexual en calle, escuela, centro de salud, etc.	
	⁵ Compartir fotos íntimas sin consentimiento	
	⁶ Violencia digital (grooming, sexting)	
	⁷ Violencia emocional/psicológica incluyendo gritos, amenazas y lenguaje degradante	
	⁸ Violencia económica	
	⁹ Racismo	
	¹⁰ Bullying (acoso escolar)	
	¹¹ Estupro, (La relación entre un menor de 18 años y una persona mayor de edad.	
	¹² Otro	
	¹³ No sabe / No responde	
P51. ¿Que podrías hacer para prevenir que alguien te lastime o te haga daño?	¹ No publicar información personal en las redes sociales	
	² Evitar caminar sola por la noche y tratar de ir siempre con alguien de confianza	

(Marcar todas las respuestas que mencione el/la participante):	3 Avisar siempre a alguien de dónde voy y cuándo voy a volver								
	4 Pedir consejo a alguien si me siento incómoda con una situación en la que se me quiere obligar a hacer algo que no quiero.								
	5 No compartir mi información personal con personas desconocidas								
	6 Decir que no si alguien quiere obligarme a tener relaciones sexuales								
	7 Aprender más sobre el abuso sexual y cómo reconocer los signos de violencia								
	8 Si un familiar me incomoda con sus actitudes (piropos, acercamientos, caricias o cualquier tipo de contacto físico), alejarme de esa persona, y contarle a una persona de confianza lo que siento								
	9 Otro								
	10 No sabe / No responde								
P52. ¿Qué instituciones de protección para adolescentes y jóvenes que sufren violencia conoces? (Marcar todas las respuestas que mencione el/la participante):	1 Fiscalía								
	2 DNA/SLIM								
	3 Policía								
	4 Centro de Salud								
	5 Otro								
	6 No sabe / No responde								
P53. ¿Dónde puedes denunciar un caso de violencia? (Marcar todas las respuestas que mencione el/la participante):	1 DEFENSORÍA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - DNA		2 SERVICIOS LEGALES INTEGRALES MUNICIPALES - SLIM		3 FELCV	4 EN UN CENTRO DE SALUD	5 NO ESTOY SEGURO/A	6 OTRA (ESPECIFICAR)	6 NO SE
P54. ¿Conoces cuáles son los pasos para realizar una denuncia?					1 Sí	2 NO (Concluir encuesta)	3 NO ESTOY SEGURO/A		

P54a. En caso de responder que sí, ¿cuáles son los pasos? (marcar todas las opciones que responda el/la participante)	1 Presentar la denuncia en una institución de protección							
	2 Solicitar ayuda o auxilio yendo a la FELCV							
	3 Si ha sufrido daño físico o sexual acudir a un centro de salud para ser atendido y obtener un certificado médico gratuito							
	4 Acudir al SLIM para recibir apoyo legal, social y psicológico							
	5 Validar el certificado médico con el médico forense							
	6 Prestar declaración ante el Ministerio Público							
	7 Esperar a que el fiscal disponga medidas de protección							
	8 Si se encuentra en riesgo y no se tiene un lugar donde ir, puedo ser enviada a una Casa de Acogida							
	9 Colaborar con la FELCV y la fiscalía en el proceso de investigación							
	10 Puedo conciliar (llegar a un acuerdo) por UNA sola vez con el agresor para que se asuma la reparación del daño y los gastos							
	11 Declarar durante el juicio							



¡Gracias por ayudarnos!

Esta sección será completada por los encuestadores

N°	INTRODUCCION: INFORMACION SOBRE EL ENCUESTADOR	
A	Nombre apellido del encuestador	
B	Fecha de recogida de datos	
C	Lugar de recogida de datos	

D	Nombre Supervisor	
---	-------------------	--

Anexo 14 REACH CAJ06_G2

	Para: Plan Internacional 	DOCUMENTO DE ARCHIVO Cuestionario para Adolescentes y Jóvenes	Herramienta: Cuestionario: REACH - CAJ06- G2
Consultoría: Línea Base del Proyecto "Adolescentes Resilientes y Empoderados para el Cambio y la Acción en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) - REACH			Naturaleza de la revisión:

Cuestionario para Adolescentes y Jóvenes (15 – 28 años)

¡Hola! Queremos invitarte a participar en esta encuesta que habla sobre los derechos sexuales y reproductivos. **Tu voz es importante para nosotros** y te aseguramos que todo lo que nos compartas será **totalmente confidencial y anónimo**, tu identidad se mantendrá en secreto en todo momento.

Te agradecemos por tus respuestas completamente honestas y el tiempo que dedicas para ayudarnos a completarla. ¿Estás lista/o para empezar?, ¡Comencemos!



Primera sección: Datos Personales

En esta sección completaremos información sobre datos que te identifican

P1. Identificación del lugar: <i>Escribe el departamento, municipio y comunidad donde vive el/la participante</i>	¹ Departamento:	² Municipio:	³ Comunidad:
P2. ¿Tu familia es patrocinada por Plan International?	¹ SI		² NO
P3. ¿Cuántos años tienes? <i>(Escribe la edad de la/el participante en la casilla en blanco)</i>			
P4. Sexo: <i>(Marca con una X según la respuesta del participante)</i>	¹ Hombre	² Mujer	³ Intersexual
P5. Género: <i>(Marca con una X según la respuesta del participante)</i> Si la respuesta es Masculino, Femenino, No binario o prefiere no decirlo, pasar a P6	¹ Masculino	² Femenino	³ No binario
P5a. Si tu respuesta fue "Mi identidad no está en la lista" ¿cómo te identificas? <i>(Escribe en la casilla la respuesta de la/el participante)</i>	⁴ Prefiero NO decirlo	⁵ Mi identidad de género no está en la lista	
P6. ¿Tienes alguna discapacidad? <i>(problemas para ver, oír, moverte, etc.). (Marca con una X según respuesta de la/el participante)</i>	¹ Discapacidad física	² Discapacidad auditiva y/o sensorial	³ Discapacidad intelectual
	⁴ Discapacidad psíquica - mental	⁵ Discapacidad visual	⁶ Discapacidad múltiple
P6a. Si respondiste Otra, (Escribe en la casilla la respuesta)	⁷ Otra	⁸ No / Prefiero NO decirlo	
P7. ¿Hasta qué nivel estudiaste? <i>(Marca con una X según respuesta de la/el participante)</i>	¹ Ninguno	² Primaria	³ Secundaria
	⁴ Técnico	⁵ Universidad	⁶ Licenciatura
P8. ¿Cuál es tu estado civil? <i>X según respuesta de la/el participante (Marca con una X)</i>	⁷ Postgrado	¹ Soltera/soltero	² Unión libre
P9. ¿Cuál es tu primer idioma? <i>(Escribe la respuesta de la/el participante)</i>	³ Casada/Casado	⁴ Divorciada/Divorciado	⁵ Viuda/Viudo
P10. ¿Te identificas con alguna etnia o pueblo indígena? <i>(Elige una opción y marca con una X)</i> <i>Sí la respuesta fue NO, pasa a la pregunta 11</i>	¹ SI	² NO	
P10a. Si la respuesta fue sí, ¿con cuál? <i>(Escribe en la casilla en blanco el nombre del pueblo o etnia con el que se identifica el /la participante)</i>			

Segunda sección: Autopercepción (habilidades para la vida)

En esta sección leeremos algunas preguntas y te daremos opciones de respuesta. Marcamos con una X la opción que consideres correcta:

P11. ¿Qué tan de acuerdo estás con las siguientes afirmaciones?					
P11.1 Tengo mucho de que sentirme orgulloso/orgullosa	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P11.2 Mi familia aprecia mis ideas y ayuda	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P11.3 Mis amigos aprecian mis ideas y ayuda	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P11.4 Me gusta cómo me veo /me siento bien con mi manera de vestirme y de arreglarme	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P11.5 Tengo las cualidades y habilidades para alcanzar mis metas	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P11.5a Marcar habilidades y cualidades que el/la participante considera que tiene:	¹ Confianza en mi mismo				
	² Disciplina				
	³ Responsabilidad				
	⁴ Automotivación				
	⁵ Otras				
P11.6 Pienso mucho en mi futuro y cómo quiero vivir mi vida	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P12. Cuando estás hablando con alguien ¿Con qué frecuencia te pasa lo siguiente?					
P12.1 Expreso fácilmente lo que pienso y puedo decir mis ideas con claridad.	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P12.2 Expreso lo que no me gusta	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P12.3 Me siento cómodo/a expresando mis opiniones e ideas con mi familia	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P12.4 Me siento cómodo/a expresando mis opiniones e ideas con mis amigos y amigas	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P12.5 Me siento cómodo/a hablando de sexualidad con mi familia	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P12.6 Me siento cómodo/a hablando de sexualidad con mis amigos y amigas	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P12.7 Me siento cómoda o cómodo hablando sobre sexualidad en clases	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P13.1 Cuando estás tomando una decisión importante ¿Con qué frecuencia te pasa lo siguiente?					
P13.1a Pienso en las consecuencias positivas y negativas de mis decisiones	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P13.1b Busco la opinión o consejo de otras personas	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P13.2 Cuando estás discutiendo con alguien ¿Con qué frecuencia te pasa lo siguiente?					
P13.2a ¿Cómo reaccionas cuando no estás de acuerdo con un compañero/a sobre algún tema?	¹ Trato de encontrar una solución conjunta	² Pido ayuda a un adulto para mediar la situación	³ Ignoro el problema continuo	⁴ Me enojo y discuto	
P13.2b Si no están de acuerdo con lo que yo digo, me ofendo o enojo	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	
P13.2c Trato de entender el punto de vista de la otra persona	¹ Nunca	² Pocas veces	³ Muchas veces	⁴ Siempre	

P13.2d ¿Qué harías si ves a dos amigos/as discutiendo mucho?	¹ Intento intervenir y ayudar a calmar la situación	² Pido ayuda a un adulto para mediar la situación	³ Me mantengo al margen y dejo que resuelvan sus problemas	⁴ Elijo a uno/a de ellos/as y me uno a la discusión
--	--	--	---	--

Tercera sección: Toma de decisiones y Percepción sobre Igualdad de Género

En esta sección leeremos algunas preguntas y te daremos opciones de respuesta. Marcamos con una X la opción que consideres correcta:

P14. En tu opinión ¿Quién debería realizar las siguientes actividades en un hogar?					
P14.1 Ser el principal proveedor/a de ingresos económicos	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P14.2 Preparar comida y limpiar la casa	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P14.3 Cuidar hijos e hijas pequeños/as	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P14.4 Hacer tareas con la huerta y animales	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P14.5 Participar/realizar actividades comunitarias	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P15. ¿Qué tan de acuerdo estás con las siguientes afirmaciones?					
P15.1 Los hombres tienen mejores capacidades para los negocios	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P15.2 Es la tarea del hombre ganar el ingreso familiar y el de la mujer cuidar el hogar y la familia	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P15.3 Una mujer que sabe cocinar y limpiar la casa será una buena esposa	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P15.4 Si una mujer “está vestida provocativamente”, ¿es su culpa si es acosada sexualmente?	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P16. Desde tu experiencia ¿Quién debería tener la última palabra en el hogar en cuanto a decisiones relacionadas con:					
P16.1 Decidir cuándo iniciar una relación sexual	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P16.2 Compras del día a día/mantenimiento del Hogar	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P16.3 Préstamos en el banco y uso de los ahorros	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P16.4 Usar/Comprar algún método anticonceptivo para la prevención del embarazo	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P16.5 Cuándo y cuántos hijos tener	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P16.6 Crees que los hombres tienen privilegios en el hogar por encima de las mujeres?	¹ Sí	² Parcialmente	³ No (Pasar P16)	⁴ No sabe / No responde (Pasar P16)	
P16.7 Crees que esos privilegios son justos?	¹ No es justo	² Depende	³ Si es justo (Pasar P16)	⁴ No sabe / No responde (Pasar P16)	

Cuarta sección: Derechos Sexuales y Reproductivos

En esta sección leeremos algunas preguntas y te daremos opciones de respuesta. Marcamos con una X la opción que consideres correcta:

P17. En los últimos 12 meses, ¿has buscado o recibido información sobre los siguientes temas?				
P17.1 Noviazgo, matrimonio y enamoramiento	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde
P17.2 Pubertad	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde
P17.3 Menstruación	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde
P17.4 Uso de métodos anticonceptivos	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde

P17.5 Sexualidad	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde
P17.6 Infecciones de transmisión sexual, ITS, SIDA	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde
P17.7 Derechos sexuales y derechos reproductivos	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde
P17.8 Interrupción Legal del Embarazo	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde
P17.9 Placer (placer sexual y erotismo)	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde

P18. En tu vida personal ¿quién efectivamente decide o tiene la última palabra en cuanto a decisiones relacionadas con:
(Lea cada pregunta y marca una sola opción según la respuesta del participante)

P18.1 Buscar información sobre sexualidad	¹ Yo	² Mi pareja, novio, esposo	³ Yo y mi pareja, novio, esposo	⁴ Madre, padre o persona cuidadora	⁵ Alguien más	⁶ Yo y alguien más en conjunto	⁷ Decisión no tomada / no aplica	⁸ No sabe / no responde
P18.2 Recibir servicios sobre salud sexual y reproductiva (en establecimientos de salud)	¹ Yo	² Mi pareja, novio, esposo	³ Yo y mi pareja, novio, esposo	⁴ Madre, padre o persona cuidadora	⁵ Alguien más	⁶ Yo y alguien más en conjunto	⁷ Decisión no tomada / no aplica	⁸ No sabe / no responde
P18.3 Según tu opinión, ¿Quién debería decidir sobre cuándo y con quien iniciar una relación sexual de pareja?	¹ Yo	² Mi pareja, novio, esposo	³ Yo y mi pareja, novio, esposo	⁴ Madre, padre o persona cuidadora	⁵ Alguien más	⁶ Yo y alguien más en conjunto	⁷ Decisión no tomada / no aplica	⁸ No sabe / no responde
P18.4 Utilizar métodos anticonceptivos	¹ Yo	² Mi pareja, novio, esposo	³ Yo y mi pareja, novio, esposo	⁴ Madre, padre o persona cuidadora	⁵ Alguien más	⁶ Yo y alguien más en conjunto	⁷ Decisión no tomada / no aplica	⁸ No sabe / no responde
P18.5 El momento adecuado para convivir o casarse	¹ Yo	² Mi pareja, novio, esposo	³ Yo y mi pareja, novio, esposo	⁴ Madre, padre o persona cuidadora	⁵ Alguien más	⁶ Yo y alguien más en conjunto	⁷ Decisión no tomada / no aplica	⁸ No sabe / no responde
P18.6 El momento adecuado para tener un hijo/a	¹ Yo	² Mi pareja, novio, esposo	³ Yo y mi pareja, novio, esposo	⁴ Madre, padre o persona cuidadora	⁵ Alguien más	⁶ Yo y alguien más en conjunto	⁷ Decisión no tomada / no aplica	⁸ No sabe / no responde

P19. ¿Consideras que conoces cuáles son tus derechos sexuales y reproductivos? ¹Sí ²Parcialmente ³No (Pasar P22) ⁴No sabe / No responde (Pasar P22)

P20. ¿Consideras que de ser necesario podrías defender y hacer respetar tus derechos sexuales y reproductivos? ¹Sí ²Parcialmente ³No ⁴No sabe / No responde

P21. ¿Qué derechos sexuales y reproductivos tienes?
(Escribe en los espacios en blanco todos los que mencione el/la participante)

1.	2.	3.
4.	5.	6.
7.	8.	9.
10.	11.	12.
13.	14.	15.

P22. Conoces o has escuchado hablar sobre las Infecciones de Transmisión Sexual ¹Sí ²NO (Pasar P24) ³NO SABE / NO RESPONDE (Pasar P24)

P22.1 ¿Qué enfermedades de transmisión sexual conoces?
(Escribe en los espacios en blanco todos los que mencione el/la participante)

1.	2.	3.
4.	5.	6.

P23. ¿Cuáles crees que son las formas más efectivas para evitar una infección de transmisión sexual?

(Marcar todas las respuestas que mencione el/la participante)

¹ Absteniéndose de las relaciones sexuales	
² Usando pastillas anticonceptivas	
³ Método del ritmo o calendario	
⁴ Retiro antes de la eyaculación	
⁵ Hierbas	
⁶ Tomando la pastilla del día siguiente	
⁷ Preservativos (condón masculino femenino)	
⁸ Otro	
⁹ No sabe / No responde	

P24. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces para la prevención del embarazo? (Marcar todas las respuestas que mencione el/la participante)	1 Píldoras o pastillas anticonceptivas					
	2 Inyectables					
	3 La T - Dispositivo intrauterino					
	4 Condones masculinos					
	5 Esterilización femenina/litigación tubárica/ligadura de trompas					
	6 Esterilización masculina/vasectomía					
	7 Condones femeninos					
	8 Parche anticonceptivo					
	9 Pastilla del día siguiente					
	10 Abstenerse de tener relaciones sexuales					
	11 Método del ritmo o abstinencia periódica (Calendario)					
	12 Método de retirada (antes de la eyaculación)					
	13 Hierbas					
	14 Otro					
	15 No sabe / No responde/ Ninguno					
P.25 ¿Donde puedes obtener/comprar métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo? (Marcar todas las respuestas que mencione el/la participante)	1 Centro de salud					
	3 Centro AIDA					
	4 Farmacia					
	5 Promotores comunitarios de Salud					
	6 A través de un amigo					
	8 Otro					
	9 No sabe / No responde					
P26. ¿Que tan de acuerdo estás con las siguientes afirmaciones? (Marca una sola opción según la respuesta de el/la participante)						
P26.1 "El uso de anticonceptivos puede hacer que una mujer vuelva permanentemente infértil"	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo	
P26.2 "Los anticonceptivos son peligrosos para la salud de la mujer"	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo	
P26.3 "La información y el acceso a los anticonceptivos promueven una mayor actividad sexual"	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo	
P26.4 "El uso de métodos anticonceptivos es asunto de la mujer y el hombre no debería preocuparse de eso"	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo	
P26.5 "Los hombres tienen derecho a decidir que métodos anticonceptivos debe usar la mujer"	1 Totalmente de acuerdo	2 De acuerdo	3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4 En desacuerdo	5 Totalmente en desacuerdo	
P27. ¿Sabes si hay días durante el ciclo menstrual, en los que existe mayor probabilidad que la mujer quede embarazada?			1 Sí	2 NO (Pasar P29)	3 NO SABE / NO RESPONDE (Pasar P29)	
P28. En qué momentos o días es más probable o seguro que una mujer quede embarazada	1 Justo antes de que empiece la menstruación					
	2 Durante la menstruación					
	3 Inmediatamente después de que termine la menstruación					
	4 Semanas antes de que empiece la menstruación					
	5 En cualquier momento					
	6 No sabe/ No responde					

P29. ¿Puede una mujer quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales?		¹ SÍ		² NO		³ NO SABE / NO RESPONDE			
P30. ¿Eres sexualmente activo/a? (Si tu respuesta fue NO, avanzar hasta la pregunta 34)		¹ SÍ		² NO Avanzar a la pregunta 36		³ NO SABE / NO RESPONDE			
P31. ¿En la actualidad, tú (o tú pareja) usas/usan algún método anticonceptivo?		¹ SÍ Avanzar a la pregunta 33		² NO Avanzar a la pregunta 32					
P32. Si tu respuesta fue NO, ¿por qué NO utilizan métodos anticonceptivos?		¹ Tengo miedo de que afecten a mi salud							
		² No tengo acceso gratuito a métodos anticonceptivos							
		³ Mi pareja no quiere							
		⁴ Deseo quedar embarazada							
		⁵ Otro:							
		⁶ No sabe / No responde							
P33. ¿Qué métodos anticonceptivos estás/están usando? (Marcar todas las respuestas que mencione el/la participante)		¹ Pastillas anticonceptivas							
		² Inyectables							
		³ DIU							
		⁴ Condones Masculinos							
		⁵ Métodos permanentes femeninos (ligadura de trompas)							
		⁶ Métodos permanentes masculino (vasectomía)							
		⁷ Condones femeninos							
		⁸ Pastilla del día siguiente							
		⁹ Métodos naturales							
		¹⁰ Otro:							
		¹¹ No sabe / No responde							
P34. ¿Cada qué tiempo utilizan métodos anticonceptivos?		¹ SIEMPRE		² CASI SIEMPRE		³ OCASIONALMENTE		⁴ NO APLICA / NO UTILIZA	
P35. ¿Quién decidió usar el método anticonceptivo?		¹ YO		² MI PAREJA		³ AMBOS, MI PAREJA Y YO		⁴ NO SABE / NO RESPONDE	

Quinta sección: Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

En esta sección leeremos algunas preguntas y te daremos opciones de respuesta. Marcamos con una X la opción que consideres correcta:

P36. Durante el último año ¿has acudido a un establecimiento de salud para recibir servicios de salud sexual y reproductiva?		¹ SÍ Pasar 36.2		² NO Pasar a 36.a		³ NO SABE / NO RESPONDE Pasar a P36.2			
P36a ¿Por qué no acudiste al centro de salud para recibir servicios o información sobre anticonceptivos, embarazo, interrupción legal del embarazo (ILE) o infecciones de transmisión sexual?		¹ Porque no necesité							
		² Porque me da miedo y/o vergüenza							
		³ Porque estos temas los tratamos en casa							
		⁴ Porque no brindan atención diferenciada para adolescentes							
		⁵ Porque mi pareja no quiere que vaya sola							
		⁶ Porque me atendió un médico tradicional							
		⁷ Por el comportamiento de las o los trabajadores/as de la salud							
		⁸ Otro							
P36.2 Pensando en tu última visita, ¿a qué tipo de establecimiento de salud acudiste?		¹ HOSPITAL		² CLINICA / POLICLÍNICO		³ CENTRO DE SALUD / POSTA MÉDICA		⁴ OTRO	
P36.3 Pensando en tu última visita ¿A qué especialidad acudiste?		¹ Consulta general							
		² Consulta sobre salud sexual y reproductiva							
		³ Servicios de enfermería							
		⁴ Servicios de orientación en sexualidad							
		⁵ Consulta ginecológica / obstetra							
		⁶ Consulta pediátrica							
		⁷ Otro							

P37. Cuando has ido a un Centro de Salud para buscar información o servicios sobre sexualidad, ¿el personal de salud te brindó explicaciones claras sobre tus preguntas y los servicios que te podían ofrecer?		¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE
P38. ¿Te sentiste cómoda/o hablando y siendo atendida/o por el personal de salud?		¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE
P39. ¿Crees que otras personas podían oír tu conversación con el personal mientras estabas en el consultorio?		¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE
P40. ¿Se mostró el personal de salud interesado en lo que tenías que decir, respetando tu opinión?		¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE
P41. ¿Sentiste que pudiste hablar de todo lo que querías y hacer todas las preguntas que querías al personal de salud?		¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE
P42. ¿La consulta en el centro de salud te ayudó a resolver tu/tus problemas?		¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE
P43. En general, ¿cuál es tu nivel de satisfacción con los servicios que recibiste en el establecimiento de salud?	¹ MUY INSATISFECHA	² ALGO INSATISFECHA	³ ALGO SATISFECHA	⁴ MUY SATISFECHA

Sexta sección: EIS en Centros Educativos

En esta sección leeremos algunas preguntas y te daremos opciones de respuesta y nos indicas cuál de ellas refleja tu realidad. (Marca con una X la opción que elija el/la participante):

P44. ¿En qué curso empezaste a recibir información acerca de Educación Integral en Sexualidad en la escuela?	¹ 1° - 3° de secundaria	² 4° - 6° de secundaria	³ Primaria	⁴ Nunca recibió (Pasar P55)	
P45. Por favor, dime si recibiste enseñanzas en cada uno de los siguientes temas: (marca sí o no)					
P45.1 Pubertad / cambios físicos	¹ Sí	² No			
P45.2 Órganos reproductivos	¹ Sí	² No			
P45.3 Menstruación	¹ Sí	² No			
P45.4 Embarazo y parto	¹ Sí	² No			
P45.5 Enfermedades de transmisión sexual	¹ Sí	² No			
P45.6 Métodos anticonceptivos	¹ Sí	² No			
P45.7 Relaciones sexuales	¹ Sí	² No			
P45.8 Derechos sexuales	¹ Sí	² No			
P45.9 Derechos reproductivos	¹ Sí	² No			
P45.10 Igualdad entre hombres y mujeres	¹ Sí	² No			
P45.11 Prevención de la violencia y/o el abuso sexual	¹ Sí	² No			
P45.12 Diversidad sexual	¹ Sí	² No			
Otro :					
P46. ¿Cuánto entendiste sobre los temas relacionados a la educación sexual? (Sólo en caso de los temas que recibió enseñanza)	¹ No entendí nada	² Entendí muy poco	³ Entendí Algo	⁴ Entendí mucho	⁵ No estoy seguro/a
P47. ¿Crees que podrías enseñarles a otros adolescentes sobre los temas que aprendiste relacionados a la educación sexual?	¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE		
P48. ¿Sientes que tu profesor/a animó la participación y promovió que hagan preguntas?	¹ SÍ	² NO			
P49. ¿Sientes que tu profesor/a animó la participación de todos y todas por igual?	¹ Hombres más que mujeres	² Mujeres más que hombres	³ Ambos por igual	⁴ Ninguno	
P50. ¿Crees que la educación sexual ha ayudado a entender mejor tu cuerpo y tu salud sexual?	¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE		
P51. ¿Crees que la educación sexual te ha ayudado a que puedas hablar abiertamente sobre sexualidad?	¹ SÍ	² NO	³ PARCIALMENTE		

P52. ¿Qué tan cómodo/a te sentiste durante las sesiones de educación sexual?	¹ Muy incómoda	² Incómoda	³ Cómoda	⁴ Muy Cómoda	⁵ Indecisa
P53. ¿Qué tanto consideras que el/la profesor/a conocía el tema de educación sexual?	¹ Conocía muy poco sobre educación sexual	² Conocía poco sobre educación sexual	³ Conocía algo sobre educación sexual	⁴ Conocía mucho sobre educación sexual	⁵ Indecisa
P54. En general, ¿cuál fue tu nivel de satisfacción con la Educación Sexual brindada en tu escuela?	¹ Muy insatisfecha	² Insatisfecha	³ Algo satisfecha	⁴ Muy satisfecha	⁵ No sabe / No responde

Séptima sección: Violencia basada en Género

En esta sección leeremos algunas preguntas y te daremos opciones de respuesta. Marcamos con una X la opción que consideres correcta:

P55. ¿Qué tipos de violencias conoces? (Marcar todas las respuestas que mencione el/la participante)	¹ Violencia física	
	² Relaciones sexuales forzadas	
	³ Violación sexual	
	⁴ Acoso sexual en calle, escuela, centro de salud, etc.	
	⁵ Compartir fotos íntimas sin consentimiento	
	⁶ Violencia digital (grooming, sexting)	
	⁷ Violencia emocional/piscológica incluyendo gritos, amenazas y lenguaje degradante	
	⁸ Violencia económica	
	⁹ Racismo	
	¹⁰ Bullying (acoso escolar)	
	¹¹ Estupro (la relación entre un menor de 18 años y una persona mayor de edad)	
	¹² Otro	
	¹³ No sabe / No responde	
P56. ¿Qué podrías hacer para prevenir que alguien te lastime o te haga daño? (Marcar todas las respuestas que mencione el/la participante)	¹ No publicar información personal en las redes sociales	
	² Evitar caminar sola por la noche y tratar de ir siempre con alguien de confianza	
	³ Avisar siempre a alguien de dónde voy y cuándo voy a volver	
	⁴ Pedir consejo a alguien si me siento incómoda con una situación en la que se me quiere obligar a hacer algo que no quiero.	
	⁵ No compartir mi información personal con personas desconocidas	
	⁶ Decir que no si alguien quiere obligarme a tener relaciones sexuales	
	⁷ Aprender más sobre el abuso sexual y cómo reconocer los signos de violencia	
	⁸ Si un familiar me incomoda con sus actitudes (piropos, acercamientos, caricias o cualquier tipo de contacto físico), alejarme de esa persona, y contarle a una persona de confianza lo que siento	
	⁹ Otro	
	¹⁰ No sabe / No responde	
P57. ¿Qué instituciones de protección para adolescentes y jóvenes que sufren violencia conoces? (Marcar todas las respuestas que mencione el/la participante)	¹ Fiscalía	
	² DNA/SLIM	
	³ Policía	
	⁴ Centro de Salud	
	⁵ Otro	
	⁶ No sabe / No responde	

P58. ¿Dónde puedes denunciar un caso de violencia?	¹ DEFENSORÍA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - DNA	² SERVICIOS LEGALES INTEGRALES MUNICIPALES – SLIM	³ FELCV	⁴ EN UN CENTRO DE SALUD	⁵ NO ESTOY SEGURO/A	⁶ OTRA (ESPECIFICAR)	⁶ NO SE
	P59. ¿Conoces cuáles son los pasos para realizar una denuncia?			¹ SÍ	² NO (Concluir encuesta)	³ NO ESTOY SEGURO/A	

P59a. En caso de responder que si, ¿cuáles son los pasos? (marcar todas las opciones que responda el/la participante)	¹ Presentar la denuncia en una institución de protección	
	² Solicitar ayuda o auxilio yendo a la FELCV	
	³ Si ha sufrido daño físico o sexual acudir a un centro de salud para ser atendido y obtener un certificado médico gratuito	
	⁴ Acudir al SLIM para recibir apoyo legal, social y psicológico	
	⁵ Validar el certificado médico con el médico forense	
	⁶ Prestar declaración ante el Ministerio Público	
	⁷ Esperar a que el fiscal disponga medidas de protección	
	⁸ Si se encuentra en riesgo y no se tiene un lugar donde ir, puedo ser enviada a una Casa de Acogida	
	⁹ Colaborar con la FELCV y la fiscalía en el proceso de investigación	
	¹⁰ Puedo conciliar (llegar a un acuerdo) por UNA sola vez con el agresor para que se asuma la reparación del daño y los gastos	
	¹¹ Declarar durante el juicio	



¡Gracias por ayudarnos!
Esta sección será completada por los encuestadores

N°	INTRODUCCION: INFORMACION SOBRE EL ENCUESTADOR	
A	Nombre apellido del encuestador	
B	Fecha de recogida de datos	
C	Lugar de recogida de datos	
D	Nombre Supervisor	

Anexo 15 REACH CCE 08

	Para: Plan Internacional 	DOCUMENTO DE ARCHIVO Cuestionario para centros educativos	Herramienta: Cuestionario: REACH - CCE - 08
Consultoría: Línea Base del Proyecto “Adolescentes Resilientes y Empoderados para el Cambio y la Acción en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) - REACH			Naturaleza de la revisión:

Cuestionario para representantes de centros educativos

Este breve cuestionario permitirá conocer el porcentaje de escuelas que aplican plenamente una EIS de calidad para sus alumnas y alumnos. Será llenado por un/una representante de la unidad educativa (director/a o docente)

Primera sección: Identificación de la institución

P1. Identificación del lugar:	¹ Departamento:	² Municipio:	³ Comunidad:
P2. Nombre de la institución:			
P3. Datos de la persona a la que se le realiza la encuesta			
Cargo:	Tiempo en el cargo:		
Sexo: (Marca con una X según la respuesta del participante)	¹ Hombre	² Mujer	³ Intersexual
Género: (Marca con una X según la respuesta del participante)	¹ Masculino	² Femenino	³ No binario
Si la respuesta fue “Mi identidad no está en la lista” ¿cómo te identificas? (Escribe en la casilla la respuesta de la/el participante)	⁴ Prefiero NO decirlo		
Edad:	⁵ Mi identidad de género no está en la lista		

Segunda sección: Nivel de adopción de la información sobre educación sexual integral formalizada y ofrecida en la unidad educativa; e incorporación de la temática en planes escolares y/o planes individuales de docentes

Realice las siguientes consultas a la persona responsable que acompaña la evaluación, y marque con un X donde corresponda, o escriba brevemente sus respuestas en los espacios en blanco:

P4. ¿En la unidad educativa, ¿se ha incorporado algún plan educativo para abordar la temática de Educación Sexual Integral?	¹ SÍ	² NO	³ NO SABE / NO RESPONDE
P5. ¿De qué manera aplican o incorporan la Educación sexual integral?			
P6. ¿El Ministerio de Educación les brinda algún tipo de capacitación o apoyo técnico para brindar información sobre Educación Integral en Sexualidad, según la currícula oficial?	¹ SÍ	² NO Si la respuesta es NO, avance a P7	³ PARCIALMENTE

P6.1 Si la respuesta anterior fue SÍ, ¿qué tipo de apoyo les brinda?	a) Detalle del currículo oficial a aplicarse para brindar información sobre educación integral en sexualidad b) Capacitaciones sobre las temáticas referentes a educación sexual y reproductiva c) Transferencia de metodologías para la enseñanza en el aula de la información sobre educación integral en sexualidad d) Material didáctico para su utilización en el aula e) Ninguno f) Otro:
P7. ¿En qué cursos brindan información sobre educación sexual?	a) 1ero de secundaria b) 2do de secundaria c) 3ero de secundaria d) 4to de secundaria e) 5to de secundaria f) 6to de secundaria g) Otro:
P8. ¿En qué materias brindan información sobre educación sexual?	a) Biología b) Psicología c) Ciencias Sociales f) Otro:
P9. ¿Sobre qué temáticas se brinda información sobre educación sexual?	a) Pubertad / cambios físicos b) Órganos reproductivos c) Menstruación d) Embarazo y parto e) VIH y otras ITS f) A dónde acudir para servicios en VIH/ITS g) Métodos anticonceptivos h) Cómo obtener métodos anticonceptivos i) Cómo usar métodos anticonceptivos j) Interrupción legal del embarazo k) Comunicación con la pareja l) Habilidades para la toma de decisiones m) Relaciones sexuales n) Abstinencia como una alternativa entre muchas otras para el sexo seguro o) Derechos sexuales y reproductivos p) Igualdad entre hombres y mujeres q) Prevención de la violencia y/o el abuso sexual y el derecho a la denuncia r) Diversidad sexual s) Vivir una sexualidad sana y libre de violencia t) Otro: especifique
P10. ¿Sobre qué temáticas considera que debería brindarse más información sobre educación integral en sexualidad?	a) Pubertad / cambios físicos b) Órganos reproductivos c) Menstruación d) Embarazo y parto e) VIH y otras ITS f) A dónde acudir para servicios en VIH/ITS g) Métodos anticonceptivos h) Cómo obtener métodos anticonceptivos i) Cómo usar métodos anticonceptivos j) Interrupción legal del embarazo k) Comunicación con la pareja l) Habilidades para la toma de decisiones m) Relaciones sexuales n) Abstinencia como una alternativa entre muchas otras para el sexo seguro o) Derechos sexuales y reproductivos p) Igualdad entre hombres y mujeres

	g) Prevención de la violencia y/o el abuso sexual y el derecho a la denuncia
	r) Diversidad sexual
	s) Vivir una sexualidad sana y libre de violencia
	t) Otro: especifique
P11. ¿Qué metodologías se utilizan en la unidad educativa para brindar información sobre educación integral en sexualidad?	a) Charlas
	b) Dinámicas grupales
	c) Documentales, videos
	d) Tareas, trabajos prácticos, exposiciones
	e) Arte, dinámicas creativas, juego de roles
	f) Juegos didácticos
	g) Otro: especifique

Tercera sección: Formación en temas e información relacionada a la educación sexual integral de personal y docentes en centros educativos

Realice las siguientes consultas a la persona responsable que acompaña la evaluación, y marque con un X donde corresponda, o escriba brevemente sus respuestas en los espacios en blanco:

P12. ¿Los docentes de la unidad educativa han recibido algún tipo de capacitación sobre información relacionada a la educación integral en sexualidad?	¹ SÍ	² NO <i>Si la respuesta es NO, avance a cuarta sección</i>	³ PARCIALMENTE
P13. ¿Cuántos docentes fueron capacitados?	# de docentes hombres capacitados		# de docentes mujeres capacitadas
P14. ¿Sobre qué temáticas fueron capacitados los docentes?	a) Pubertad / cambios físicos		
	b) Órganos reproductivos		
	c) Relaciones sexuales y métodos anticonceptivos		
	d) Derechos sexuales y reproductivos		
	e) Igualdad entre hombres y mujeres		
	f) Prevención de la violencia y/o el abuso sexual		
P15. ¿Por quiénes fueron capacitados los docentes?	g) Prevención de ITS's		
	h) Otro:		
P16. ¿Cómo aplicaron en la unidad educativa lo aprendido en las capacitaciones?			

Cuarta sección: Percepción sobre el nivel y calidad de implementación de la información sobre educación sexual integral por parte de los docentes

Realice las siguientes consultas a la persona responsable que acompaña la evaluación, y marque con un X donde corresponda, o escriba brevemente sus respuestas en los espacios en blanco:

P17. A continuación te consultaremos sobre tu opinión en relación al nivel y a calidad de la información que se brinda sobre educación integral en sexualidad a los estudiantes.				
P17.1 ¿Cuán efectivos son los espacios en los que se brinda información sobre educación integral en sexualidad?	¹ Nada efectivas	² Poco efectivas	³ Algo efectivas	⁴ Muy efectivas
P17.2 ¿Cuán efectivas son las metodologías que aplica en los espacios en los que se brinda información sobre educación integral en sexualidad?	¹ Nada efectivas	² Poco efectivas	³ Algo efectivas	⁴ Muy efectivas

P17.3 Desde su perspectiva ¿Los/las estudiantes aprenden y retienen con facilidad la información que se les brinda sobre educación integral en sexualidad?	₁ No, les cuesta retener lo aprendido y no prestan atención	₂ Parcialmente, algunos estudiantes se incomodan con el tema	₃ Sí, los estudiantes no tienen problema para retener información y aprender en las sesiones		
P17.4 Considera que ¿La unidad educativa le da la importancia suficiente a la calidad de información sobre educación integral en sexualidad que se les brinda a los estudiantes?	₁ SÍ	₂ NO	₃ PARCIALMENTE		
P17.5 ¿Cree que las autoridades de la unidad educativa demuestran interés y compromiso en mejorar la calidad de información que se brinda a los estudiantes sobre educación integral en sexualidad?	₁ SÍ	₂ NO	₃ PARCIALMENTE		
P17.6 Desde su perspectiva ¿Cuán capacitados están los docentes de la unidad educativa para brindar información sobre educación integral en sexualidad en las aulas?	₁ Nada capacitados	₂ Poco capacitados	₃ Algo capacitados	₄ Muy capacitados	₅ No sabe / No responde
P17.7 ¿Cómo calificaría la calidad de la información que se brinda a los estudiantes sobre educación integral en sexualidad en la unidad educativa? <i>(considerando factores como las metodologías aplicadas, los recursos educativos, la capacitación del docente, el nivel de aprendizaje de los estudiantes)</i>	₁ Mala	₂ Deficiente	₃ Regular	₄ Buena	₅ Excelente
P17.8 ¿Cómo se podría mejorar la calidad de información sobre educación integral en sexualidad que se brinda en la unidad educativa?	a) Capacitando más a los docentes b) Con más material y recursos didácticos para las sesiones c) Con nuevas metodologías de aprendizaje d) Con una currícula más especializada y con información más detallada e) Con horarios más extensos y sesiones de mayor tiempo f) Otro:				

Quinta sección: Nivel de adopción de la información sobre protocolos de prevención y actuación en casos de Violencia Basada en Género

Realice las siguientes consultas a la persona responsable que acompaña la evaluación, y marque con un X donde corresponda, o escriba brevemente sus respuestas en los espacios en blanco:

P18. ¿En la unidad educativa, ¿se ha incorporado algún plan o protocolo para prevenir y atender situaciones de Violencia Sexual Basada en Género identificados?	₁ SÍ	₂ NO	₃ NO SABE / NO RESPONDE
P18a. ¿Con qué instancias se coordina la atención inmediata a la víctima de violencia?			
P19 ¿Tienen un procedimiento claro para denunciar y derivar casos de violencia sexual?	₁ SÍ	₂ NO	₃ NO SABE / NO RESPONDE
P19a ¿Cómo aplican este procedimiento?			
P20. ¿Qué medidas específicas se han implementado en su unidad educativa para prevenir la Violencia Basada en Género u otros tipos de violencias?			
P21. ¿Qué recursos o apoyos adicionales considera necesarios para mejorar la adopción y efectividad de los protocolos			
P22 ¿Cómo se involucra a los estudiantes y padres de familia en la adopción y cumplimiento de estos protocolos?			

Anexo 16 REACH GGF 09

	Para: Plan Internacional 	DOCUMENTO DE ARCHIVO Guía metodológica para grupo focal	Herramienta: Guía Metodológica: REACH - GGF-09
Consultoría: Línea Base del Proyecto “Adolescentes Resilientes y Empoderados para el Cambio y la Acción en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) - REACH			Naturaleza de la revisión:

Guía metodológica de grupo focal

PARTICIPANTES: Grupo heterogéneo de 9 a 13 personas, entre los que se incluye:

- Adolescentes y jóvenes hombres y mujeres
- Padres, madres y/o cuidadores de adolescentes y jóvenes
- Representantes de centros de salud y unidades educativas de nivel secundario

INTRODUCCIÓN: Este espacio tiene el objetivo de conocer las opiniones, perspectivas y consideraciones de los participantes respecto a la situación actual de los derechos y de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes en el municipio.

Toda la información brindada será TOTALMENTE ANÓNIMA, y en el proceso se aplicarán todos los estándares de la Política de Salvaguarda de Plan International. Su participación es completamente voluntaria. Agradecemos su colaboración.

DINÁMICA ROMPE HIELO: TEJIENDO EL CAMINO HACIA NUESTROS DERECHOS

- **Objetivo de la dinámica:** gestar un espacio inicial de presentación entre todos los participantes, que permita generar un ambiente en confianza para todos. Además, permitirá introducir la temática del grupo focal de una manera más ligera y abierta.
- **Materiales:** Una bola de hilo o cuerda
- **Órdenes:**
 1. Todos los participantes se acomodan en un círculo. Se realiza una explicación de la dinámica.
 2. El o la integrante que tenga la bolita de lana en las manos deberá presentarse y responder a los siguientes detonantes:
 - a. ¿Cómo me llamo? ¿Cuántos años tengo? ¿Soy estudiante, padre/madre/cuidador o personal de salud?
 - b. En relación a los derechos y salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el municipio, ¿cuál creo que es la principal dificultad? (*Por ejemplo, falta de información, falta de acceso a métodos anticonceptivos, etc.*)
 3. El participante sostiene la lana o cuerda y se la lanza a otra persona, que deberá responder las mismas preguntas. Se sigue la secuencia hasta que todos hayan participado.

Tras la dinámica inicial con todos, se divide a los participantes en tres grupos de trabajo. Cada uno de ellos contará con una dinámica específica para el relevamiento de información cualitativa. A continuación se presenta el detalle de cada una de estas metodologías:

DINÁMICA CON ADOLESCENTES Y JÓVENES □ PIEZA A PIEZA: DIALOGÁNDO SOBRE NUESTROS DERECHOS Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- **Objetivo de la dinámica:** identificar cuál es el nivel de conocimiento de los adolescentes y jóvenes respecto a sus derechos sexuales y reproductivos, y cómo estos pueden ser fortalecidos. Además, se podrá identificar cuáles son las principales problemáticas que enfrentan ellos en su comunidad en relación a este tema.
- **Materiales:** bloques de Yenga, marcadores pizarra, notas adhesivas
- **Órdenes:**
 1. Se reúne a los participantes alrededor de una mesa, con los bloques de Yenga desarmados y en blanco.
 2. Se le entrega a cada participante un bloque de Yenga en blanco (o dos, dependiendo de la cantidad de participantes) y se les pide que escriban en él algún derecho sexual y reproductivo que conozcan. Luego se les pide que acomoden sus bloques para ir armando una torre, lo más alta posible, con la participación de todos.
 3. Con la torre armada, se les pide a los participantes que saquen uno o dos bloques (no puede ser los que ellos escribieron) y acomoden los Yenga en la escala de la pizarra (de 1 al 5) para evaluar si en su municipio se ejerce o no ese derecho, y por qué.
 4. Una vez que todos hayan acomodado los Yengas que sacaron en la pizarra, se hace un diálogo final entre todos, para alimentar un lluvia de ideas respecto a los derechos identificados, las respuestas se van sistematizando en notas adhesivas y se pegan a la pizarra.
- **Reflexión** ¿Qué podemos hacer para que podamos fortalecer el ejercicio de cada uno de estos derechos? ¿Qué tipos de apoyo necesitamos para esto?

DINÁMICA CON PADRES/MADRES/CUIDADORES □ DERRIBANDO MITOS SOBRE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

- **Objetivo de la dinámica:** identificar cuál es el nivel de conocimiento que tienen los padres, madres y/o cuidadores de jóvenes y adolescentes respecto a la salud y derecho sexual y reproductivo. Además, la dinámica permitirá identificar si aún existen estereotipos o algún tipo de recelo de su parte al hablar sobre este tema en sus hogares.
- **Materiales:** Pizarra, fichas con afirmaciones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, notas adhesivas, marcadores
- **Órdenes:**
 1. Se reúne a los participantes alrededor de una mesa con la pizarra y todos los materiales a su disponibilidad.
 2. Se le entrega a cada participante una o dos cartillas al azar (dependiendo de la cantidad de participantes), y se les pide que las acomoden en la pizarra, decidiendo si esa afirmación es un mito o una realidad según su opinión y según como manejan el tema en su familia. Todos los

participantes deberán hacerlo. Se orienta a la reflexión y al diálogo, consultándoles sobre sus experiencias.

3. Una vez que todos hayan identificado si sus cartillas son mitos o realidades, se les consulta si es que ellos tienen alguna dificultad o incomodidad para dialogar sobre el tema con los jóvenes y adolescentes en el hogar. Las respuestas se van sistematizando en notas adhesivas y se pegan a la pizarra.
 4. Con la pizarra completada con las fichas y las notas adhesivas, se hace una última lluvia de ideas, consultado qué se puede hacer para superar estos mitos y dificultades. Se sistematiza todo en notas adhesivas.
- **Reflexión** ¿Por qué seguimos considerando como tabú a algunos temas relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos? ¿Qué es lo que nos incomoda sobre este tema? ¿Cómo podemos superar estas dificultades? ¿Qué tipo de apoyo necesitamos para normalizar la conversación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos?

DINÁMICA REPRESENTANTES DEL SECTOR SALUD/EDUCATIVO □ CONSTRUYENDO LA RUTA HACIA LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES DE LOS JÓVENES

- **Objetivo de la dinámica:** identificar cuáles son las limitantes y dificultades que identifican estos actores clave para brindar servicios de calidad, y de qué manera sería posible superar estas barreras.
- **Materiales:** Pizarra, fichas, notas adhesivas, marcadores
- **Órdenes:**
 1. Se reúne a los participantes alrededor de una mesa con la pizarra y todos los materiales a su disponibilidad. Se les presenta la pizarra con la ruta que deberán superar en equipo, esta ruta cuenta con cuatro niveles:
 - a. ¿Qué problemáticas identificamos en los adolescentes y jóvenes al momento de que ellos ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos?
 - b. ¿Qué problemáticas identificamos con los padres/madres/cuidadores para que los adolescentes y jóvenes ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos?
 - c. ¿Qué problemáticas identificamos a nivel institucional (centros de salud y unidades educativas) al momento de brindar servicios de salud sexual y reproductiva y/o educación sexual?
 - d. ¿Cómo podemos superar estos retos? ¿qué tipo de apoyo y recursos necesitamos?
 2. La ruta debe completarse con ellos respondiendo a cada uno de los detonantes con las notas adhesivas y usando las fichas que se les vaya a facilitar.

DINÁMICA DE CIERRE: CARTAS AL FUTURO DE NUESTROS JÓVENES Y ADOLESCENTES

- **Objetivo de la dinámica:** cerrar el grupo de focal de manera colectiva y participativa, instando a los participantes a que socialicen cómo les gustaría ver que los jóvenes y adolescentes en un futuro, en relación al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

- **Materiales:** Fichas en blanco, marcadores, pizarra
- **Órdenes:**
 1. Todos los participantes se acomodan en un círculo. Se realiza una explicación de la dinámica.
 2. Se les entrega a todos los participantes una ficha en blanco. En ella podrán escribir o dibujar algún deseo que ellos tengan en relación al ejercicio de derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes de su municipio (por ejemplo, con acceso a servicios de salud sexual de calidad, con acceso a educación sexual en la escuela, etc.)
 3. Una vez anotado su deseo, deberán compartirlo con todos, y luego pegarlo en la pizarra.
 4. La dinámica finaliza cuando la pizarra este completa con los deseos de todos los participantes.

Anexo 17 REACH CFC 10

 Consultoría: Línea Base del Proyecto “Adolescentes Resilientes y Empoderados para el Cambio y la Acción en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) - REACH	Para: Plan Internacional 	DOCUMENTO DE ARCHIVO Cuestionario para miembros de la familia y de la comunidad	Herramienta: Cuestionario: REACH - CFC – 07 Naturaleza de la revisión:
--	---	---	--

Cuestionario para miembros de la familia y de la comunidad

¡Hola! Queremos invitarte a participar en esta encuesta que habla sobre los derechos sexuales y reproductivos. **Tu voz es importante para nosotros** y te aseguramos que todo lo que nos compartas será **totalmente confidencial y anónimo**, tu identidad se mantendrá en secreto en todo momento.

Te agradecemos por tus respuestas completamente honestas y el tiempo que dedicas para ayudarnos a completarla.

¿Estás lista/o para empezar?, ¡Comencemos!



Primera sección: Datos Personales

En esta sección completaremos información sobre datos que te identifican

P1. Identificación del lugar: <i>Escribe el departamento, municipio y comunidad donde vive el/la participante</i>	¹ Departamento:	² Municipio:	³ Comunidad:
P2. ¿Su familia es patrocinada por Plan Internacional?	¹ SI		² NO
P3. ¿Cuántos años tiene? <i>(Escribe la edad de la/el participante en la casilla en blanco)</i>			
P4. Sexo: <i>(Marca con una X según la respuesta del participante)</i>	¹ Hombre	² Mujer	³ Intersexual ⁴ Prefiero NO decirlo
P5. Género: <i>(Marca con una X según la respuesta del participante)</i> Si la respuesta es Masculino, Femenino, No binario o prefiere no decirlo, pasar a P6	¹ Masculino	² Femenino	³ No binario ⁴ Prefiero NO decirlo ⁵ Mi identidad de género no está en la lista
P5a. Si tu respuesta fue “Mi identidad no está en la lista” ¿cómo te identificas? <i>(Escribe en la casilla la respuesta de la/el participante)</i>			
P6. ¿Tienes alguna discapacidad? <i>(problemas para ver, oír, moverte, etc.). (Marca con una X según respuesta de la/el participante)</i>	¹ Discapacidad física		⁵ Discapacidad visual
	² Discapacidad auditiva y/o sensorial		⁶ Discapacidad múltiple
	³ Discapacidad intelectual		⁷ Otra
	⁴ Discapacidad psíquica - mental		⁸ No / Prefiero NO decirlo
P6a. Si respondiste Otra, <i>(Escribe en la casilla la respuesta)</i>			
P7. ¿Hasta qué nivel estudió? <i>(Marca con una X según respuesta de la/el participante)</i>	¹ Ninguno	² Primaria	³ Secundaria ⁴ Técnico
	⁵ Universidad		⁶ Licenciatura ⁷ Postgrado
P8. ¿Cuál es su estado civil? <i>X según respuesta de la/el participante (Marca con una X)</i>	¹ Soltera/soltero	² Unión libre	³ Casada/Casado ⁴ Divorciada/Divorciado ⁵ Viuda/Viudo
P9. ¿Cuál es su primer idioma? <i>(Escribe la respuesta de la/el participante)</i>			
P10. ¿Tiene hijos/as?	¹ SI		² NO
P10a. Si la respuesta fue sí, ¿cuántos? <i>(Escribe en la casilla la respuesta de la/el participante)</i>			
P10b. ¿En qué rango de edad se encuentran sus hijos?	¹ Menores 12 años	² Entre 12 – 18 años	³ Entre 18 – 28 años ⁴ Mayores de 28 años

(Escribe en la casilla la cantidad de hijos/hijas que tiene el/la encuestada, según el rango de edad)				

P11. ¿Te identificas con alguna etnia o pueblo indígena? (Elige una opción y marca con una X) Si la respuesta fue NO, pasa a la pregunta 12	¹ SI	² NO
P11a. Si la respuesta fue sí, ¿con cuál? (Escribe en la casilla en blanco el nombre del pueblo o etnia con el que se identifica el /la participante)		

Segunda sección: Percepción respecto a igualdad de género

En esta sección leeremos algunas preguntas y le daremos opciones de respuesta. Marca con una X la opción que consideres correcta.

P12. En su opinión ¿Quién debería realizar las siguientes actividades en un hogar?					
P12.1 Ser él o la principal proveedor/a de ingresos económicos	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P12.2 Preparar comida y limpiar la casa	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P12.3 Cuidar hijos e hijas pequeños/as	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P12.4 Hacer tareas con la huerta y animales	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P12.5 Participar/realizar actividades comunitarias	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P13. ¿Qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones?					
P13.1 Los hombres tienen mejores capacidades para los negocios	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P13.2 Es la labor del hombre ganar el ingreso familiar y el de la mujer cuidar el hogar y la familia	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P13.3 Una mujer que sabe cocinar y limpiar la casa será una buena esposa	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P13.4 Si una mujer está vestida provocativamente, es su culpa si es acosada sexualmente	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni en desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo
P14. Desde tu experiencia ¿Quién debería tener la última palabra en el hogar en cuanto a decisiones relacionadas con:					
P14.1 Hacer la denuncia en caso de sufrir abuso sexual	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P14.2 Decidir cuándo tener relaciones sexuales	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P14.3 Compras del día a día/mantenimiento del Hogar	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P14.4 Préstamos en el banco y uso de los ahorros	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P14.5 Cómo utilizar los ingresos del Hogar	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P14.6 Usar/Comprar algún método anticonceptivo para la prevención del embarazo	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre
P14.7 Cuándo y cuántos hijos tener	¹ Solo la mujer	² Mayormente la mujer	³ Ambos por igual	⁴ Mayormente el hombre	⁵ Solo el hombre

Tercera sección: Actitud positiva y conocimientos prácticos adecuados para apoyar y promover la salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes y jóvenes

En esta sección leeremos algunas preguntas y te daremos opciones de respuesta. Marcaremos con una X la opción que consideres correcta, o completaremos los espacios en blanco

P15. ¿Que tan capaz te sientes de hablar/aconsejar a tu(s) hijo(s)/hija(s) adolescentes/jóvenes sobre los siguientes temas?				
P15.1 Noviazgo, matrimonio y enamoramiento	¹ Poco capaz	² Medianamente capaz	³ Capaz	⁴ Muy capaz
P15.2 Pubertad	¹ Poco capaz	² Medianamente capaz	³ Capaz	⁴ Muy capaz
P15.3 Menstruación	¹ Poco capaz	² Medianamente capaz	³ Capaz	⁴ Muy capaz
P15.4 Uso de métodos anticonceptivos	¹ Poco capaz	² Medianamente capaz	³ Capaz	⁴ Muy capaz
P15.5 Sexualidad	¹ Poco capaz	² Medianamente capaz	³ Capaz	⁴ Muy capaz
P15.6 Infecciones de transmisión sexual, ITS, SIDA	¹ Poco capaz	² Medianamente capaz	³ Capaz	⁴ Muy capaz
P15.7 Derechos sexuales y derechos reproductivos	¹ Poco capaz	² Medianamente capaz	³ Capaz	⁴ Muy capaz
P15.8 Interrupción Legal del Embarazo	¹ Poco capaz	² Medianamente capaz	³ Capaz	⁴ Muy capaz
P16. ¿Consideras que conoces cuáles son tus derechos sexuales y reproductivos?	¹ Sí	² Parcialmente	³ No (Pasar P19)	⁴ No sabe / No responde (Pasar P19)
P17. ¿Consideras que de ser necesario podrías defender y hacer respetar tus derechos sexuales y reproductivos?	¹ Sí	² Parcialmente	³ No	⁴ No sabe / No responde
P18. ¿Qué derechos sexuales y reproductivos crees que tienes? (Escribe en los espacios en blanco todos los que mencione el/la participante)				
1.	2.	3.		
4.	5.	6.		
7.	8.	9.		
10.	11.	12.		
13.	14.	15.		
P19. Conoces o has escuchado hablar sobre las Infecciones de Transmisión Sexual	¹ Sí	² NO (Pasar P20)	³ NO SABE / NO RESPONDE (Pasar P20)	
P19.1 ¿Qué enfermedades de transmisión sexual conoces? (Escribe en los espacios en blanco todos los que mencione el/la participante)				
1.	2.	3.		
4.	5.	6.		
P20. ¿Cuáles crees que son las formas más eficaces para evitar una infección de transmisión sexual?	¹ Absteniéndose de las relaciones sexuales			
	² Usando pastillas anticonceptivas			
	³ Método del ritmo o calendario			
	⁴ Retiro antes de la eyaculación			
	⁵ Hierbas			
	⁶ Tomando la pastilla del día siguiente			
	⁷ Preservativos (condón masculino femenino)			
	⁸ Otro			
⁹ No sabe / No responde				

P21. ¿Qué tan de acuerdo estás con las siguientes afirmaciones? (Marca una sola opción según la respuesta de el/la participante)						
P21.1 "El uso de anticonceptivos puede hacer que una mujer vuelva permanentemente infértil"	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo	
P21.2 "Los anticonceptivos son peligrosos para la salud de la mujer"	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo	
P21.3 "La información y el acceso a los anticonceptivos promueven una mayor actividad sexual"	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo	
P21.4 "El uso de métodos anticonceptivos es asunto de la mujer y el hombre no debería preocuparse de eso"	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo	
P21.5 "Los hombres tienen derecho a decidir que método anticonceptivo debe usar la mujer"	¹ Totalmente de acuerdo	² De acuerdo	³ Ni de acuerdo ni desacuerdo	⁴ En desacuerdo	⁵ Totalmente en desacuerdo	
P22. ¿Cuáles son algunas de las formas de prevenir el embarazo?	¹ Abstenerse de tener relaciones sexuales					
	² Utilizar métodos anticonceptivos					
	³ Utilizar un condón					
	⁴ Método del ritmo o abstinencia periódica (Calendario)					
	⁵ Método de retirada (antes de la eyaculación)					
	⁶ Hierbas					
	⁷ Pastilla del Día Siguiente					
	⁸ Otro					

Cuarta sección: Perspectiva sobre la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y jóvenes

Ahora leeremos algunas preguntas relacionadas a su opinión sobre los adolescentes y la salud sexual y reproductiva, y te daremos opciones de respuesta. Marcaremos con una X la opción que consideres correcta, o completaremos los espacios en blanco.

P23. ¿Qué tan cómodo/a se siente hablando sobre salud sexual y reproductiva con sus hijos/as?	¹ Muy incómodo/a	² Incómodo/a	³ Cómodo/a	⁴ Muy cómodo/a
P24. ¿Considera que los adolescentes deben recibir información sobre sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos?	¹ Sí, sobre todas las temáticas	² Sí, pero solo sobre algunas temáticas	³ NO	
P25. En su opinión, ¿cuál es la edad apropiada para que una adolescente mujer acceda a información sobre SSR?				
P26. En su opinión, ¿cuál es la edad apropiada para que un adolescente hombre acceda a información sobre SSR?				
P27. En su opinión, ¿cuáles de los siguientes temas NO deberían ser abordados con las y los adolescentes? (marque con una X)				
¹ Pubertad / cambios físicos		¹⁴ Interrupción Legal del Embarazo		
² Órganos reproductivos		¹⁵ Comunicación con la pareja		
³ Menstruación		¹⁶ Habilidades para la toma de decisiones		
⁴ Embarazo y parto		¹⁷ Relaciones sexuales		
⁵ VIH y otras ITS		¹⁸ Habilidades de negociación para el uso de condones		
⁶ A dónde acudir para servicios en VIH/ITS		¹⁹ Derecho a decirle no al sexo no deseado		
⁷ Métodos anticonceptivos		²⁰ Abstinencia como una alternativa para evitar embarazos		
⁸ Cómo obtener métodos anticonceptivos		²¹ Derechos sexuales y reproductivos		
⁹ Cómo usar métodos anticonceptivos		²² Igualdad entre hombres y mujeres		

10 Preservativos		23 Responsabilidad compartida de hombres y mujeres en la prevención de embarazo			
11 Cómo obtener preservativos		24 Prevención de la violencia y/o el abuso sexual			
12 Cómo usar preservativos		25 Diversidad sexual			
13 Depresión y el suicidio					
P28. ¿A través de QUIÉN o CUÁL medio debería recibir el adolescente información sobre SSR principalmente? (Solamente marque con una X los más importantes)		1 Mamá			
		2 Papá			
		3 Hermano			
		4 Hermana			
		5 Otros familiares			
		6 Amigos(as)			
		7 Personal de salud			
		8 Profesores			
		9 Libros/revistas			
		10 Películas/videos			
		11 Internet			
		12 Otro:			
P29. ¿Piensas que el/la adolescente debería tener clases de educación sexual en la escuela?		1 SI	2 NO <i>Avanzar a la pregunta 31</i>	3 NO SABE / NO RESPONDE	
P30. ¿En qué grado deberían empezar las clases de educación sexual?					
P31. ¿Considera que el/la adolescente debería acceder a servicios de salud sexual y reproductiva en los centros de salud?		1 SI	2 NO <i>Avanzar a la pregunta 33</i>	3 NO SABE / NO RESPONDE	
P32. ¿A qué servicios de salud sexual y reproductiva deben tener acceso las y los adolescentes?		1 Orientación / Consejería (sobre temas de DSSR)			
		2 Provisión métodos anticonceptivos			
		3 Prevención y consejería ITS / VIH, incluyendo pruebas de ITS / VIH			
		4 Consejería para víctimas de violencia sexual			
		5 Promoción de hábitos de higiene personal y colectiva			
		6 Atención prenatal, embarazo, alumbramiento, atención postparto			
		7 Asesoramiento y seguimiento de casos de aborto			
		8 Detección de cáncer cervical y de mama			
		9 Ninguno			
		10 No sabe/No conoce los servicios			
P33. En su opinión, ¿cuál es la edad apropiada para que un adolescente hombre acceda a servicios de salud sexual y reproductiva?					
P34. En su opinión, ¿cuál es la edad apropiada para que una adolescente mujer acceda a servicios de salud sexual y reproductiva?					
P35. ¿Alguna vez ha conversado con algún/a adolescente sobre temas de salud sexual y reproductiva?		1 SI	2 PARCIALMENTE	3 NO	4 NO SABE / NO RESPONDE
P36. Si la respuesta anterior fue SÍ, ¿con quién conversó?		1 Hija			
		2 Hijo			
		3 Otra familiar adolescente o joven mujer			
		4 Otro familiar adolescente o joven hombre			
		5 Otro			
		6 NS/NR			
P37. ¿Alguna vez ha brindado apoyo a un/a adolescente para recibir servicios de Salud Sexual Reproductiva (Información, métodos, anticonceptivos, etc.)?		1 SI	2 PARCIALMENTE	3 NO	4 NO SABE / NO RESPONDE
P38. Si la respuesta anterior fue SÍ, ¿A quién apoyó para acceder a servicios de Salud Sexual Reproductiva?		1 HIJA			
		2 HIJO			

	³ OTRA FAMILIAR ADOLESCENTE O JOVEN MUJER				
	⁴ OTRO FAMILIAR ADOLESCENTE O JOVEN HOMBRE				
	⁵ Otro				
	⁶ NS/NR				
P39. ¿Alguna vez ha desaprobado o impedido que un/a adolescente acceda a información o servicios sobre temas de sexualidad?	¹ SÍ	² PARCIALMENTE	³ NO	⁴ NO SABE / NO RESPONDE	
P40. Si la respuesta anterior fue SÍ, ¿A quién desaprobó o impidió acceder a información o servicios de Salud Sexual Reproductiva?	¹ HIJA				
	² HIJO				
	³ OTRA FAMILIAR ADOLESCENTE O JOVEN MUJER				
	⁴ OTRO FAMILIAR ADOLESCENTE O JOVEN HOMBRE				
	⁵ Otro				
	⁶ NS/NR				
P41. ¿Por qué desaprobó/impidió que el/la adolescente acceda a información o servicios sobre temas de sexualidad?	¹ Está muy pequeña/o				
	² Es pecado				
	³ Mi hija/o no anda pensando en eso				
	⁴ No conozco de que se tratan esos servicios				
	⁵ No tenemos dinero para esos gastos				
	⁶ Las mujeres decentes no usan eso				
	⁷ Los métodos solo lo usan los hombres				
	⁸ Otro:				
	⁹ NS/NR				

Quinta sección: Violencia basada en Género

En esta sección leeremos algunas preguntas y te daremos opciones de respuesta. Marcamos con una X la opción que consideres correcta:

P42. ¿Has oído hablar sobre la violencia basada en género?	¹ SÍ	² NO	³ NO SABE / NO RESPONDE
P43. ¿Qué tipos de violencias conoces?	¹ Violencia física		
	² Relaciones sexuales forzadas		
	³ Violación sexual		
	⁴ Acoso sexual en calle, escuela, centro de salud, etc.		
	⁵ Compartir fotos íntimas sin consentimiento		
	⁶ Violencia digital (grooming, sexting)		
	⁷ Violencia emocional/piscológica incluyendo gritos, amenazas y lenguaje degradante		
	⁸ Violencia económica		
	⁹ Racismo		
	¹⁰ Bullying (acoso escolar)		
	¹¹ Otro		
	¹² No sabe / No responde		
P44. ¿Crees que una relación entre un menor de edad y una persona mayor de edad es una forma de violencia?	¹ SÍ	² NO	³ NO SABE / NO RESPONDE

P45. Desde tu perspectiva ¿Qué es la violencia sexual?

P46. ¿Qué acciones podrías tener en cuenta/tomar para ayudar a prevenir que alguien te haga daño?

- ¹ No publicar información personal en las redes sociales
- ² Evitar caminar sola por la noche y tratar de ir siempre con alguien de confianza
- ³ Avisar siempre a alguien de dónde voy y cuándo voy a volver
- ⁴ Pedir consejo a alguien si me siento incómoda con una situación en la que se me fuerza a hacer algo que no quiero.
- ⁵ No compartir mi información personal con personas desconocidas
- ⁶ Decir que no si alguien quiere forzarme a tener relaciones sexuales
- ⁷ Aprender más sobre el abuso sexual y cómo reconocer los signos de violencia
- ⁸ Si un familiar me incomoda con sus actitudes (piropos, acercamientos, caricias o cualquier tipo de contacto físico), alejarme de esa persona, y contarle a una persona de confianza lo que siento
- ⁹ Otro
- ¹⁰ No sabe / No responde

P47. ¿Conoces las instituciones que ofrecen protección a las adolescentes y jóvenes que sufren violencia?

¹ SÍ

² NO

³ NO SABE / NO RESPONDE

P48. En caso afirmativo, ¿cuáles instituciones conoces?

- ¹ Fiscalía
- ² DNA/SLIM
- ³ Policía
- ⁴ Centro de Salud
- ⁵ Otro
- ⁶ No sabe / No responde

P49. ¿Sabes dónde denunciar un caso de violencia?

¹ SÍ

² NO

³ NO ESTOY SEGURO/A

P50. ¿Dónde?

¹ DEFENSORÍA DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA - DNA

² SERVICIOS LEGALES INTEGRALES MUNICIPALES – SLIM

³ FELCV

⁴ EN UN CENTRO DE SALUD

⁵ NO ESTOY SEGURO/A

⁶ OTRA (ESPECIFICAR)

P51. ¿Conoces cuáles son los pasos para realizar una denuncia?

¹ SÍ

² NO

³ NO ESTOY SEGURO/A

P51a. En caso afirmativo, ¿cuáles son los pasos?
(marcar todas las opciones que responda el/la participante)

- ¹ Presentar la denuncia en una institución de protección
- ² Solicitar ayuda o acudir a la FELCV
- ³ Si ha sufrido daño físico o sexual acudir a un centro de salud para ser atendido y obtener un certificado médico gratuito
- ⁴ Acudir al SLIM para recibir apoyo legal, social y psicológico
- ⁵ Homologar el certificado médico con el médico forense
- ⁶ Prestar declaración ante el Ministerio Público
- ⁷ Esperar a que el fiscal disponga medidas de protección
- ⁸ Si se encuentra en riesgo y no se tiene un lugar donde ir, puedo ser enviada a una Casa de Acogida
- ⁹ Colaborar con la FELCV y la fiscalía en el proceso de investigación
- ¹⁰ Puedo conciliar por UNA sola vez con el agresor para que se asuma la reparación del daño y los gastos
- ¹¹ Prestar declaraciones durante el juicio



¡Gracias por ayudarnos!

Esta sección será completada por los encuestadores

Nº	INTRODUCCIÓN: INFORMACIÓN SOBRE EL ENCUESTADOR	
A	Nombre apellido del encuestador	
B	Fecha de recogida de datos	
C	Lugar de recogida de datos	
D	Nombre Supervisor	

Anexo 18 REACH GECE 11

REINVENTARSE	Para: Plan Internacional 	DOCUMENTO DE ARCHIVO Entrevista a autoridades Comunitarias y Lideresas)	Herramienta: Cuestionario: REACH - GECE - 11
Consultoría: Línea Base del Proyecto “Adolescentes Resilientes y Empoderados para el Cambio y la Acción en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) - REACH			Naturaleza de la revisión:

Guía Entrevista para autoridades (Comunitarias, Lideresas)

Identificación del lugar:	Departamento:	Municipio:	Comunidad:
Nombre de la institución:			
Datos de la persona a la que se le realiza la encuesta			
Cargo:	Tiempo en el cargo:		
Sexo: (Marca con una X según la respuesta del participante)	¹ Hombre	² Mujer	³ Intersexual ⁴ Prefiero NO decirlo
Género: (Marca con una X según la respuesta del participante)	¹ Masculino	² Femenino	³ No binario ⁴ Prefiero NO decirlo ⁵ Mi identidad de género no está en la lista
Si la respuesta fue “Mi identidad no está en la lista” ¿cómo te identificas? (Escribe en la casilla la respuesta de la/el participante)			
Edad:			

17. ¿Qué necesidades identifican (desde su organización) que tienen los jóvenes y adolescentes en relación a su salud y derechos sexuales y reproductivos?
18. En su opinión, ¿Qué perspectiva tienen los padres/madres/cuidadores respecto a la salud y derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes y adolescentes? ¿Abordan la temática como un tabú? ¿O existe mayor apertura para trabajar sobre el tema?
19. ¿Qué iniciativas específicas ha implementado su municipio para fomentar la participación activa de jóvenes y mujeres en la planificación y toma de decisiones?
20. ¿Qué estrategias se han adoptado para asegurar que las voces de los jóvenes y mujeres sean escuchadas y tenidas en cuenta en las políticas públicas?
21. ¿Qué programas de formación y capacitación existen y/o apoyan para empoderar a jóvenes y mujeres en su comunidad, especialmente en temas de liderazgo y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos?
22. ¿Qué acciones concretas ha llevado a cabo su municipio para mejorar la educación y acceso a información sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) para jóvenes y mujeres?
23. ¿Cómo está abordando su municipio la prevención de la violencia de género y qué recursos están disponibles para las víctimas de violencia? ¿Cuáles son las barreras y las oportunidades para aumentar la coordinación de la respuesta a las sobrevivientes? ¿Cuáles son las barreras y oportunidades para promover la denuncia?

24. ¿Qué alianzas y colaboraciones existen con organizaciones no gubernamentales y otros actores para promover la igualdad de género y la inclusión de jóvenes en su comunidad?
25. ¿Qué mecanismos de seguimiento y evaluación están en lugar para medir el impacto de las políticas y acciones implementadas en favor de jóvenes y mujeres?

☐ **Preguntas específicas para personas de liderazgo en organizaciones de base juveniles y de mujeres**

26. ¿Qué barreras han enfrentado al intentar participar en los espacios de toma de decisión en el municipio?
27. ¿Cuál ha sido su experiencia con la recepción y respuesta de las instancias públicas a sus propuestas y participantes adultos?
28. ¿Ha sentido apoyo y colaboración por parte de las autoridades estatales, o ha enfrentado resistencia y desinterés para impulsar la agenda de las AJM en relación a los DSDR?
29. ¿Cómo evaluarían los niveles de participación de AJM en la comunidad/municipio?
¿Consideran que existe una participación efectiva o se limita al formalismo?
30. ¿Han presentado alguna propuesta que impulse la agenda de las AJM en relación a los DSDR o para la prevención de VSBG? Si es así, ¿en qué consistieron? ¿Cuál ha sido su grado de acogida por parte de las autoridades?
31. Podría compartiros algún caso específico en el que una propuesta haya sido escuchada y adoptada.
32. ¿Qué resultados concretos ha observado como fruto de su participación en espacios de toma de decisión?
33. ¿Considera que su participación ha tenido un impacto positivo en la implementación de políticas públicas o proyectos comunitarios?

☐ **Preguntas específicas para personas de liderazgo en organizaciones de base juveniles y de mujeres**

34. ¿Cuáles son los principales mecanismos que han implementado para la atención de casos de violaciones de derechos de AJM?
35. ¿Cómo aseguran que estos mecanismos sean accesibles para todas las mujeres?
36. ¿Qué redes u organizaciones específicas existen dentro del municipio para atender y proteger a las AJM de los diferentes tipos de violencias?
37. ¿Cómo coordinan con estas redes u organizaciones? ¿Cómo coordinan con otras instancias públicas?
38. ¿Qué pasos se siguen desde que se recibe una denuncia hasta que se proporciona apoyo a la víctima? ¿Existen protocolos establecidos para cada etapa del proceso o ruta de atención?
39. Desde su experiencia, ¿Qué lecciones se han aprendido desde la gestión de casos atendidos por la institución?