

Anexo 3

Resultados, análisis y recomendaciones operativas

7. Resultados, análisis y recomendaciones operativas

A continuación, se presentan los resultados en función al objetivo específico 1 del estudio según los TdR, donde establecía: Comprender las causas profundas y los obstáculos y facilitadores a: i) la igualdad de género y ii) la inclusión y iii) la violencia de género y violencia sexual en el ejercicio de SDSR.

Los resultados se organizan según las siguientes categorías: a) roles y responsabilidades, b) participación y toma de decisiones, c) acceso y control de recursos, d) normas sociales y e) garantes de derechos e instituciones y con alcance a nivel nacional.

7.1. Roles y responsabilidades

La estructura social que subordina a las mujeres, limitando su acceso a recursos, poder y autonomía, mientras que otorga privilegios a los hombres es una construcción social¹. Esto genera una jerarquización en que las mujeres ocupan posiciones de desventaja en casi todos los ámbitos de la vida social, económica y política y se expresa en roles y responsabilidades asignados de forma diferenciada. Para comprender las causas de las desigualdades de género, es importante conocer los roles y responsabilidades diferenciadas, la valoración que se da y sus efectos en las AJM y AJH.

7.1.1. Roles y responsabilidades de adolescentes mujeres y hombres

Los resultados obtenidos en las respuestas de los grupos focales de AJM y AJH en todos los grupos de edad (12 a 14, 15 a 18 y 19 a 28 años), evidencia que las tareas asignadas a mujeres y hombres continúan siendo predominantemente tradicionales. En el Gráfico 4 se observa que el 66,5% de las participantes mencionan que ellas tienen la responsabilidad de tareas del hogar y cuidado.

Las tareas del hogar se refieren a actividades como limpiar, lavar, cocinar, tender la cama, etc.; mientras que las de cuidado principalmente las relacionan al cuidado de hermanas y hermanos menores.

El 6,8% señala que mujeres y hombres tienen las mismas responsabilidades en las tareas de la casa, el 11,4% indica que realizan actividades destinadas a generar ingresos, 7,4% actividades agrícolas, un 5,7% estudio y un 2,3% indica que los AJH no hacen nada.

Gráfico 4. Roles y responsabilidades de adolescentes según AJM y AJH

¹ Segato, R. L. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños.
<https://traficantes.net/libros/la-guerra-contra-las-mujeres>

Tareas de la casa y de cuidado 66.5%	• “Yo ayudo en mi casa, a los deberes de lo que hace mi mamá y mis hermanos ayudan en lo que hace mi papá”. P: 96 - Mujer 12 a 14 años. Rural, Aiquile, Cochabamba. • “Yo creo que toda adolescente mujer tiene que ayudar ahí en la casa a la mamá hacer la comida, limpiar y los adolescentes hombres tienen que ayudar a sus papás o tender su cama y su ropa lavar” P: 45 - Hombre 12 a 14 años. Rural, Padcaya, Tarija
Tareas destinadas a generar ingresos 11.4%	• “...aquí, la mayoría trabaja, casi ya no hay chicas, que estén metidas en la casa y tampoco hombres... buscamos la forma de ganar dinero.” P: 360 - Hombre 19 a 28 años. CM rural, Aiquile, Cochabamba • “...las mujeres salen a vender mote, verduras...no se ve a hombres ofrecer sus verduras o motes...” P: 256 - Mujer 15 a 18 años. CM rural, Tomina, Chuquisaca
Actividades agrícolas 7.4%	• “...cocinar, lavar, limpiar y otras cosas de la casa y los hombres hacen un solo trabajo, como sembrar papas, solo en potreros trabajan más que todo”. P: 275 - Mujer 15 a 18 años. Rural, Aiquile, Cochabamba • “Los hombres se ocupan más de los trabajos pesados y de la agricultura”. P: 189 - Hombre 19 a 28 años. CM rural, Porongo, Santa Cruz.
Mismas responsabilidades 6.8%	• “Es 50 y 50, los varones cocinan, a veces yo le ayudo a mi papá a actividades productivas”, P: 264 - Mujer. Rural, Porongo, Santa Cruz • “Creo que las mismas responsabilidades, tanto un varón como una mujer” P: 236 - Hombre 15 a 19 años. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.
Estudio 5.7%	• “Ambos tenemos la responsabilidad de estudiar y ayudar con las cosas de la casa...” P: 272 - Mujer 15 a 18 años. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca. • “Los menores de edad, tienen derechos y obligaciones...uno es estudiar, al menos terminar el bachillerato...cuando un/a hijo o hija se gradúa, es muy bien visto en la comunidad” P: 280 - Mujer 15 a 18 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz.
Los hombres no hacen nada 2.4%	• “En muchas familias conservadoras, las hijas son las que limpian, mientras que los hombres no hacen nada. En mi caso, nunca he visto a mi hermano agarrar una escoba ni lavar los platos. Lo único que hace es cocinar, pero solo para él.” P: 278 - Mujer 15 a 18 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz. • “Si estoy de acuerdo con que los hombres no hacen mucho y las mujeres hacen los quehaceres.” P: 77 - Mujer 12 a 14 años. CM rural, El Puente, Tarija

Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

El Gráfico 4 ilustra de manera contundente que el 66,5% de las participantes mujeres identifican como su principal responsabilidad las tareas del hogar y el cuidado (limpieza, cocina, lavado, cuidado de hermanos menores), lo que confina a las AJM al ámbito doméstico y de cuidado no remunerado.

En contraste, una minoría (6,8%) percibe una distribución equitativa de estas responsabilidades, mientras que un porcentaje mayor de adolescentes (11,4% y 7,4% respectivamente) se involucran en actividades de generación de ingresos o agrícolas. Un dato preocupante es que el 2,3% de las respuestas indica que los AJH no realizan ninguna tarea, lo que evidencia una normalización de la exención de responsabilidades domésticas para los varones.

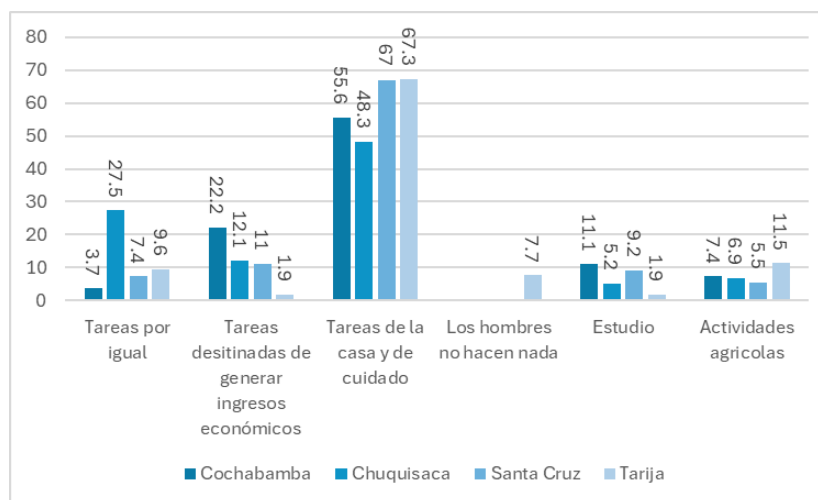
El Gráfico 4 y la cita de un AJH de 19-28 años “...tratamos de colaborar en todo, en la cocina, en la lavada, el arreglo de los cuartos” visibiliza la división sexual del trabajo, donde las tareas del hogar y cuidado se asignan a las AJM como responsabilidad primaria, mientras que los AJH participan como “apoyo”, reforzando la concepción patriarcal de que estas no son inherentemente responsabilidades masculinas. Superar estas inequidades requiere una transformación profunda que reconozca estas tareas como responsabilidad compartida entre hombres y mujeres.

Respecto a las tareas de generación de ingresos, las variaciones por departamento muestran que, en Cochabamba, Chuquisaca y Santa Cruz, las AJM inician con tareas de apoyo a la generación de ingresos que realizan sus madres y a medida que van avanzando de edad, ellas se dedican a coser o tejer para la venta, o a la venta de productos artesanales o productos alimenticios en mercados locales “...aquí en el pueblo se ve, que las mujeres trabajan vendiendo. Y los hombres como albañil o en el campo” P: 354 - Hombre 19 a 28 años. CM rural, Tomina, Chuquisaca, también algunas tienen trabajo como cocineras y ayudantes de cocina en pequeños locales. De esta manera se marca una entrada temprana al mercado laboral en roles a menudo precarizados y con menor reconocimiento social porque se asocian a roles femeninos.

Los AJH inician las actividades de generación de ingresos ayudando a sus padres, generalmente en la agricultura u otras actividades comprendido como proceso de aprendizaje hacia su rol de proveedor económico principal. Con el tiempo, se involucran en la agricultura a mayor escala, albañilería, servicios de transporte y empleo formal, consolidando su posición tradicional en la esfera productiva según la división de roles: “En mi comunidad mayormente los hombres trabajan en empresas y las mujeres como amas de casa o ayudantes de cocina” P: 67- Mujer de 12 a 14 años. CM rural, Tomina, Chuquisaca.

A nivel departamental, la agricultura se identifica como la principal actividad masculina, mientras que las mujeres participan en tareas agrícolas de apoyo. La cita de una mujer de 19-28 años en Cochabamba: “...las mujeres cocinan van a pastear las ovejas, las chivas y los hombrecitos van con el papá a arar la tierra”, ilustra la temprana socialización diferenciada en el ámbito rural, asignando a las niñas tareas de cuidado de animales y a los niños tareas productivas.

Gráfico 5. Roles y responsabilidades asignados por departamento, según AJM y AJH



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

La persistente asignación de roles tradicionales descrita no solo mantiene y reproduce las desigualdades de género y el sistema patriarcal, sino que también limita directamente el ejercicio de los DSR de las mujeres. Al asignarles la responsabilidad primordial del cuidado y las tareas domésticas, se restringe su tiempo, autonomía y oportunidades en otros ámbitos (educación, participación política, desarrollo personal). Esta sobrecarga de responsabilidades no remuneradas sienta las bases para la desigualdad en la toma de decisiones, especialmente en lo referente a su cuerpo y su sexualidad.

En los territorios de estudio, el rol reproductivo asignado a la mujer está profundamente marcado por una lógica patriarcal que limita su autonomía, en la toma de decisiones sobre su cuerpo y su sexualidad. Este derecho se ve deslegitimado cuando la mujer decide ejercer su autonomía reproductiva, como se evidencia en siguiente cita: *"he visto en la mayoría de los hombres que reaccionan, con enojo, molestia y de alguna forma se aburren, de la mujer y se consiguen alguien que sí les pueda satisfacer, eso, está mal porque le damos un valor de objeto a la mujer, no como persona"* P: 359 - Hombre 19 a 28 años. CM rural, Aiquile, Cochabamba. Esta declaración ilustra cómo la mujer es vista como un objeto sexual al servicio del deseo masculino, negando su subjetividad y sus derechos.

Además, cuando la adolescente queda embarazada, muchos hombres eluden su responsabilidad y la culpabilizan, *"Cuando la chica dice que está embarazada, el hombre... pone excusas... dice que no es mío, que con quién más habrás estado. La culpa es tuya y varias cosas... y los padres igual reaccionan mal"* P: 227- Hombre 15 a 18 años. Rural, El Puente, Tarija. La cita expone cómo el sistema patriarcal descarga el peso de la responsabilidad del embarazo no planificado exclusivamente en la mujer. La pregunta *"¿con quién más habrás estado?"* representa un mecanismo de control simbólico patriarcal basado en la sospecha y el desprestigio de la sexualidad femenina.

Todo lo expuesto, este análisis revela la profunda y persistente influencia de las normas patriarcales en la vida de las AJM y AJH, perpetuando roles desiguales que limitan la autonomía de las mujeres y las colocan en una posición de vulnerabilidad para el ejercicio pleno de sus DSR. La despatriarcalización emerge, por lo tanto, como un proceso esencial para transformar estas estructuras, garantizar que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos con

autonomía y vivir en una sociedad donde sus decisiones sean respetadas y no sujetas a la violencia o el control masculino

7.1.2. Valoración de roles y responsabilidades de adolescentes mujeres y hombres.

Según los datos expuestos en los Gráficos 6 y 7 con opiniones de AJM y AJH, se evidencia, en primer lugar, que las AJM de manera general otorgan más valor a las tareas realizadas por hombres; contrariamente, los AJH, indican que las actividades de ambos sexos tienen igual valor. En segundo lugar, solo un 4,5% de las AJM refieren que las tareas de la mujer tienen más valor y un 9,5% indica que el mayor valor otorgado al trabajo de la mujer depende de otros aspectos. En contraposición el 22,7% AJH en promedio manifiestan que el trabajo del hombre vale más. En tercer lugar, la valoración de las tareas realizadas por AJM y AJH tienen variaciones significativas por departamento. En el departamento de Tarija el 87,5% de los AJH indican que el trabajo de ambos sexos tiene igual valor y solo el 12,5% indica que se valora más el trabajo de hombres. En los departamentos de Cochabamba, Chuquisaca y Santa Cruz se valora más el trabajo del hombre.

Gráfico 6. Valoración del trabajo de hombres y mujeres desde AJM

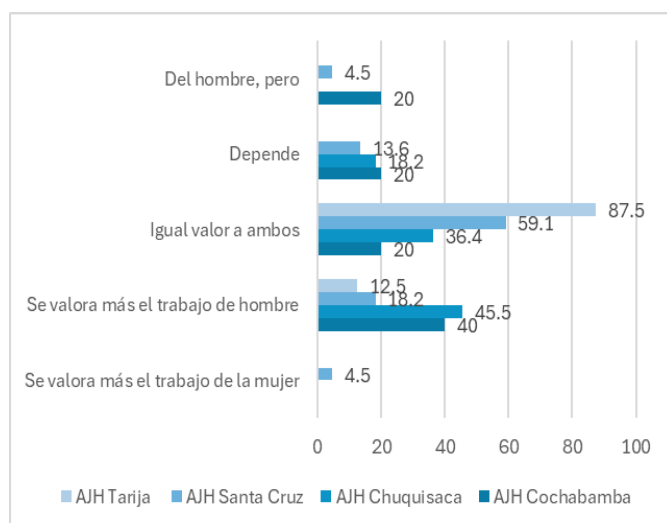
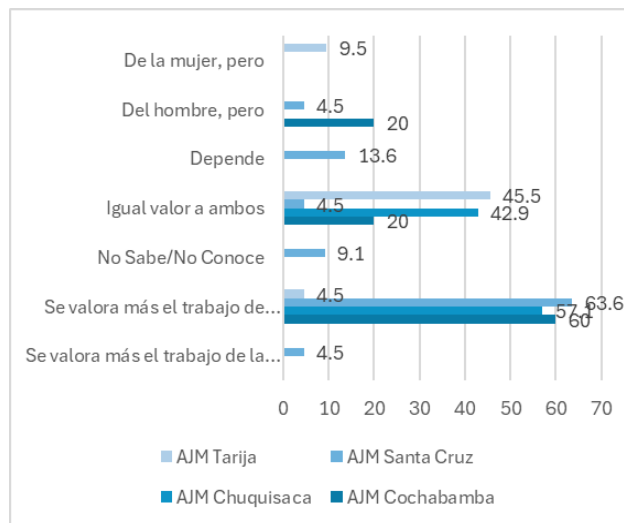


Gráfico 7. Valoración del trabajo de hombres y mujeres desde AJH



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Analizando los datos del Gráfico 8 sobre la valoración que realizan las AJM y AJH por grupos de edad se establece, en primer lugar, que las AJM de los 3 grupos de edad, son las que más valoración le dan al trabajo de los hombres 52% en promedio, esta valoración es mayor entre las de 12 a 14, baja un poco entre las de 15 a 18 y otro tanto entre las 19 a 28 años. Así mismo los tres grupos otorgan igual valor al trabajo de hombres y mujeres el 28,7% en promedio, esta valoración baja a medida que adolescentes aumentan de edad. Llama la atención que ninguna de ellas valora más su trabajo como se puede verificar en el gráfico.

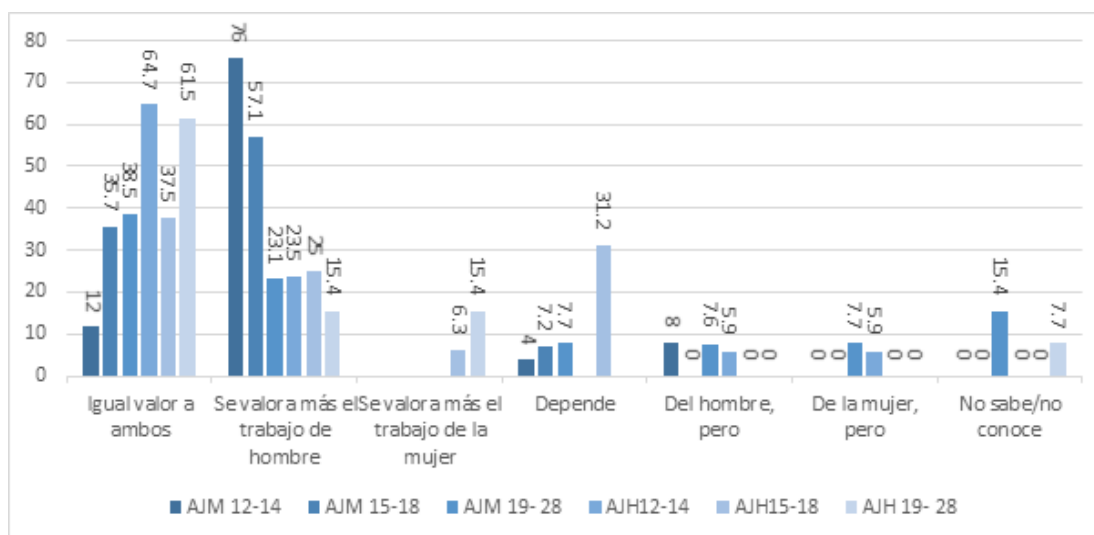
En segundo lugar, en los tres grupos de edad de AJH el 54,6% le da igual valoración al trabajo de mujeres y hombres, baja notablemente entre los 15 a 18 años y vuelve a subir entre los de 19 a 28 años. El 21,3% de ellos le da mayor valoración a su trabajo y este porcentaje es mayor entre los de 12 a 14 años, sube significativamente en el grupo de 15 a 18 y baja un poco en el

grupo de 19 a 28 años. Llama la atención que cerca del 11% en promedio de 15 a 18 y 19 a 28 años valoran más el trabajo de la mujer.

Estos hallazgos reflejan en el caso de las AJM, a pesar de los avances en materia de equidad, continúan valorando más el trabajo masculino (52% en promedio), especialmente en el grupo de 12 a 14 años, lo que puede estar vinculado a procesos tempranos de socialización de género donde se refuerza la idea del hombre como proveedor. A medida que las adolescentes crecen, esta valoración disminuye, pero se mantiene, y ninguna de ellas considera que el trabajo femenino tenga mayor valor, lo cual evidencia una falta de reconocimiento de sus propias capacidades productivas y reproductivas, lo que impacta directamente en su autonomía y empoderamiento.

En contraste, los adolescentes hombres presentan una tendencia más equitativa al valorar en mayor proporción el trabajo de ambos géneros por igual (54,6% en promedio), aunque este valor desciende en la adolescencia media y se recupera en la juventud. Sin embargo, es preocupante que un porcentaje significativo de ellos valore más su propio trabajo, especialmente entre los 15 y 18 años, lo que puede estar relacionado con estereotipos de masculinidad hegemónica. A pesar de esto, se observa una apertura en una minoría de varones (alrededor del 11%) que comienza a valorar más el trabajo femenino, lo que podría ser una señal incipiente de transformación de roles. Estos patrones reflejan cómo las construcciones de género afectan la percepción del valor del trabajo, impactando directamente en los derechos sexuales y reproductivos, al reforzar o cuestionar las jerarquías de poder entre los géneros desde etapas tempranas del desarrollo.

Grafico 8. Valoración de tareas que realizan mujeres y hombres por grupos de edad y sexo



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

El análisis de las respuestas literales recabadas de AJM y AJH de zonas rurales y urbanas revelan una percepción persistente de desigualdad en la valoración del trabajo según el género, especialmente en contextos rurales. Por un lado, se observa en la respuesta de un adolescente hombre "... hay momentos en que valoran más lo que hacen los hombres o también de las mujeres, pero deberían valorarlo por igual a ambos" P:223 - Hombre 15 a 19 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz; una conciencia incipiente sobre la necesidad de otorgar el mismo valor al trabajo de hombres y mujeres, lo que representa una apertura hacia la equidad. Por otro lado, las opiniones de las adolescentes mujeres evidencian una crítica más profunda y estructural:

"Por lo general, se le va a valorar más al hombre porque dicen, él se está sacrificando porque está usando su fuerza, en cambio a la mujer le ponen tarea de cocinar, y que dicen es fácil, entonces, a mi parecer no, no se valorar de la misma manera". P:246 - Mujer, Rural, Padcaya, Tarija

"No, no se valoran igual. El trabajo de los hombres se ve como más importante porque es el que trae dinero o porque es más pesado físicamente, pero nadie se da cuenta de que, sin el trabajo de las mujeres, la casa y la comunidad no funcionarían. Nosotras hacemos todo, pero no siempre se reconoce". P:187- Mujer 19 a 28 años. CM rural, Porongo, Santa Cruz.

Se denuncia cómo el trabajo masculino, vinculado al esfuerzo físico y a la remuneración económica, es socialmente más valorado, mientras que las tareas asignadas a las mujeres, como cocinar o cuidar, son subestimadas e invisibilizadas. Esta desvalorización no solo refleja una injusticia simbólica, sino que tiene consecuencias concretas en la autonomía de las mujeres y en el reconocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, ya que limita su capacidad de tomar decisiones libres e informadas sobre sus vidas y cuerpos. Las respuestas femeninas expresan claramente que, sin su aporte, la vida doméstica y comunitaria no funcionaría, reivindicando así el valor del trabajo no remunerado como parte fundamental del tejido social. En conjunto, estas narrativas reflejan tensiones entre el modelo tradicional y una conciencia crítica que va emergiendo, lo cual es clave para avanzar hacia una sociedad más justa e igualitaria.

7.1.3. Efectos de roles y responsabilidades de adolescentes mujeres y hombres.

La descripción las maneras que afectan a mujeres y hombres los roles que cumplen en su SDSR y oportunidades permitió identificar que las AJM de 12 a 14 años no solo sienten el peso físico de las responsabilidades, sino también el impacto psicológico de la desigualdad de las tareas domésticas como lo expresa la siguiente respuesta: *"Sí, porque nos hace sentir un poco menos. No podemos comparar nuestra fuerza con el hombre, pero sí tenemos las mismas capacidades, la inteligencia". P: 63 - Mujer 12 a 14 años. Rural, Villa Serrano, Chuquisaca.* La verbalización de que las tareas domésticas le hacen sentir "un poco menos" refleja una internalización de la desigualdad de género, la percepción de que las mujeres están desvalorizadas en las responsabilidades impuestas socialmente, a pesar de poseer las mismas capacidades y habilidades que los hombres. Este tipo de desigualdad no solo afecta el bienestar físico de las mujeres, al estar constantemente sobrecargadas con tareas domésticas, sino que también impacta su salud mental, ya que sienten una constante comparación con los hombres en términos de fuerza y valor, lo que refuerza la idea de que su trabajo y sus capacidades son menospreciados.

Desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, esta dinámica tiene implicaciones significativas. El ejercicio pleno de estos derechos no solo depende de la autonomía de decidir sobre la propia sexualidad, sino también de la capacidad para tener un espacio de desarrollo personal libre de discriminación y desigualdad.

Asimismo, la percepción de que las mujeres no tienen la misma "fuerza" que los hombres refleja cómo los estereotipos de género limitan la autopercepción y la capacidad de las jóvenes para reivindicar su derecho a decidir sobre sus cuerpos, su sexualidad y su vida reproductiva, en igualdad de condiciones con los hombres. Por lo tanto, es fundamental cuestionar y transformar estos roles tradicionales para garantizar que tanto hombre como mujeres puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera equitativa, libres de estigmas y limitaciones impuestas por las normas de género.

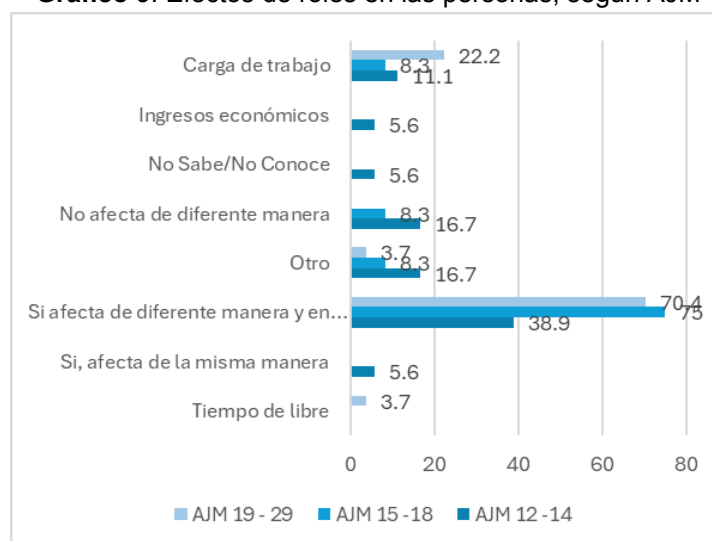
Es importante también reconocer que las experiencias de las mujeres varían no solo por su género, sino también por su contexto social, cultural y económico. Por ejemplo, las respuestas de las mujeres rurales indican una doble carga porque se les imponen que trabajen tanto en el

hogar como en el campo, ocasionando una sobrecarga emocional y de trabajo físico: *"En el área rural, sobre todo, veo que la mujer y el hombre van a trabajar, a sembrar, a arar la tierra juntos, pero en la casa solo la mujer hace las cosas, entonces es como un doble trabajo."* P:197- Mujer 19 a 28 años. CM rural, Aiquile, Cochabamba. Por otro lado, se observa una diferenciación en las experiencias de las AJM del área urbano, que tienen acceso más directo a la educación y mayores oportunidades de participación en actividades fuera del hogar que las del área rural. Sin embargo, aún se perciben las presiones del rol de género tradicional: *"Nos afecta, porque algunas crecen en un ambiente donde la mujer solo hace las labores de la casa. En cambio, los hombres crecen en un ambiente en el que solo trabajan, cuando sean adultos y tengan su familia, ellos van a querer seguir manteniendo ese ambiente cuando tengan hijos, van a sentir que la mujer solo es para la casa y los hombres solo trabajan. Van a creer que tienen el poder sobre las mujeres".* P:86 – Mujer 12 a 14 años. Urbano, DM 6, Santa Cruz

Finalmente, las respuestas de los hombres muestran cómo los roles tradicionales limitan el tiempo libre de las mujeres: *"El hombre tiene más tiempo para salir, porque sólo tiene un trabajo que hacer... y la mujer tiene menos tiempo para salir."* P: 42 - Hombre 12-14 años. CM rural, Aiquile, Cochabamba. Y los hombres, al ser menos presionados por las responsabilidades del hogar, disfrutan de más tiempo libre, lo que les permite acceder a otras experiencias y oportunidades.

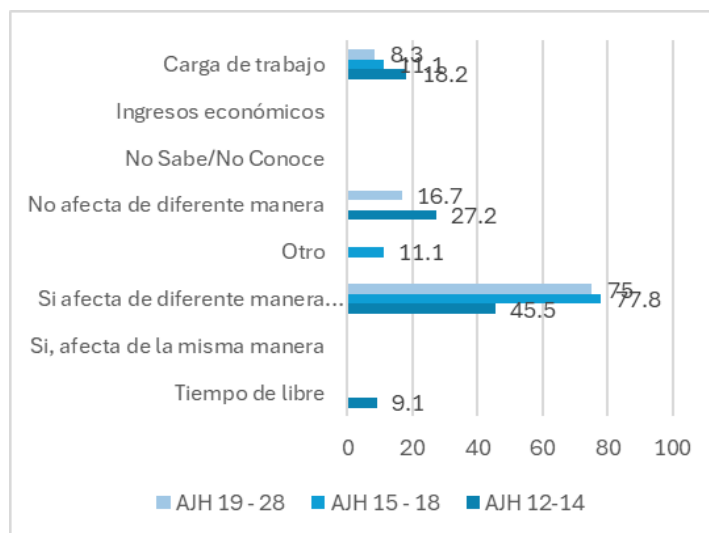
Finalmente, los datos de los Gráficos 9 y 10 ponen en evidencia que los roles y responsabilidades asignados a AJM y AJH ya descritas en los puntos anteriores les afecta de "diferente manera y en múltiples aspectos". En el caso de las mujeres esta respuesta implica doble carga y jornada de trabajo, menos tiempo para estudiar, menos tiempo libre, menos participación en espacios públicos, menos ingresos porque su trabajo es menos valorado, menos oportunidades, más estrés y cansancio. En el caso de los hombres es todo lo contrario.

Gráfico 9. Efectos de roles en las personas, según AJM



Fuente: Elaboración propia en base a base de datos del estudio

Gráfico 10. Efectos de roles en las personas por AJH



Fuente: Elaboración propia en base a base de datos del estudio

Tomando en cuenta, los datos más importantes por grupos de edad y sexo de AJM y AJH que se observa en los cuadros xx se puede evidenciar patrones diferenciados en la percepción de los efectos de los roles tradicionales de género. En primer lugar, son las y los adolescentes de 15 a 18 años quienes reportan en mayor medida que dichos roles les afectan de diferentes maneras y en múltiples aspectos, lo cual podría estar vinculado a una etapa de mayor conciencia crítica y vivencias concretas de desigualdad, seguidos por el grupo de 19 a 28 años, mientras que las y los de 12 a 14 años lo reconocen en menor proporción, posiblemente por su menor nivel de exposición o reflexión sobre el tema.

En segundo lugar, la sobrecarga de trabajo es reconocida por ambos sexos con porcentajes próximos, lo que refleja que esta carga no solo afecta a las mujeres, aunque históricamente recaiga más sobre ellas. Sin embargo, en cuanto a la afectación del tiempo de ocio, destaca una diferencia notable, siendo más mencionada por los AJH de 12 a 14 años (9,1%) frente a las AJM del mismo grupo (3,7%), lo que podría interpretarse como una mayor percepción entre los varones sobre la pérdida de su tiempo libre, posiblemente por no estar acostumbrados a responsabilidades domésticas.

En tercer lugar, resulta significativo que la afectación en los ingresos económicos solo sea señalada por las AJM de 12 a 14 años, lo que podría reflejar una temprana preocupación de las niñas por la independencia económica o por el impacto de los roles en sus oportunidades futuras. En cuarto lugar, tanto AJM como AJH mencionan que los roles tradicionales no les afectan de manera diferente o señalan "otros" efectos, aunque con diferencias porcentuales, lo cual muestra diversas formas de interpretar o asumir los impactos de género.

Finalmente, es importante resaltar que solo en las respuestas de AJM aparece la categoría "no sabe / no conoce" y la afirmación de que los roles tradicionales afectan por igual a hombres y mujeres, lo que puede reflejar una falta de información o una visión más equitativa, aunque aún poco crítica, de las desigualdades de género. Estos hallazgos subrayan la necesidad de seguir promoviendo procesos educativos diferenciados por edad y género, que fortalezcan la

comprensión crítica de los roles tradicionales y su impacto en los derechos sexuales y reproductivos

En el análisis de la información en los cuatro departamentos estudiados, se observa que la mayoría de AJM y AJH reconocen que los roles tradicionales de género les afectan de manera diferenciada y en múltiples aspectos, siendo más marcada esta percepción en Chuquisaca (66,7%) y Santa Cruz (57,1%), seguidos por Cochabamba y Tarija (ambos con 47,8%). Esta afectación integral sugiere una comprensión más amplia de cómo las desigualdades de género inciden en distintas áreas de la vida cotidiana. Entre las consecuencias más concretas destaca la sobrecarga de trabajo, más marcada en Santa Cruz (17,5%), lo que refuerza el peso desproporcionado que recae sobre las adolescentes, especialmente en tareas domésticas y de cuidado. También se hace visible en los otros departamentos, aunque con menor frecuencia, esto puede indicar una menor conciencia sobre la desigualdad económica o una limitada inserción laboral de adolescentes, especialmente mujeres. La limitación en la participación aparece solo en Cochabamba y Tarija (4,3%), lo que implica barreras en el ejercicio de derechos fundamentales como la expresión, la toma de decisiones y la incidencia en espacios públicos. Por otro lado, un grupo considerable en los cuatro departamentos sostiene que los roles tradicionales no les afectan de manera diferenciada, con porcentajes que oscilan entre el 11,1% y el 17,4%. Esta percepción puede estar asociada a la naturalización de las desigualdades de género o a una falta de reflexión crítica sobre cómo estas impactan en la vida de adolescentes y jóvenes, lo que plantea el desafío de fortalecer procesos educativos con enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos desde edades tempranas.

Analizando las respuestas literales que se recabo, se puede asegurar que el trabajo doméstico y las labores de cuidado tienen un impacto significativo en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, especialmente en áreas rurales y urbanas. Las mujeres se ven afectadas no solo físicamente, sino también emocionalmente por la falta de reconocimiento de su esfuerzo. En el ámbito urbano, por ejemplo, en Villa Serrano (Chuquisaca), una mujer expresa: *"Sí, les llega a afectar porque no valoran el trabajo que hace en su casa. Y una mujer hace... sacrificio, ...y el que le digan que es algo fácil... desprecian su trabajo se siente mal"*. P: 329 - Mujer de 12 a 14 años. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca. Este tipo de desvalorización no solo perjudica su bienestar emocional, sino que también socava su autoestima, llevándolas a sentirse menospreciadas e incapaces de ejercer plenamente sus derechos. Esta situación también se refleja en el ámbito rural, donde una mujer de Tarija señala que las mujeres realizan *"doble trabajo" al combinar las tareas del hogar con las labores agrícolas, lo que resulta en una sobrecarga física y mental*". P: 197- Mujer 19 a 28 años. CM rural, Aiquile, Cochabamba. La carga de las responsabilidades domésticas limita su tiempo para el autocuidado, la educación y el ejercicio pleno de sus derechos, como lo señala otra mujer de Santa Cruz: *"Las mujeres llevamos la carga más pesada. Eso hace que tengamos menos tiempo para nosotras mismas"*. P: 188 – Mujer 19 a 28 años. CM rural, Porongo, Santa Cruz.

Recomendaciones operativas:

Tabla 5: Recomendaciones operativas - Roles y responsabilidades

Resultado intermedio 1100: Agencia fortalecida de las AJM para ejercer su SDSR, en particular de aquellas en situación de vulnerabilidad.
Resultado inmediato 1110: Fortalecida la Educación Integral en Sexualidad (EIS) para adolescentes en las escuelas.

Producto 1112: Maestros y maestras de escuelas focalizadas formados en la impartición de módulos de EIS.

- En el programa de capacitación a maestras/os, incorporar en la EIS un tema o módulo de reflexión crítica sobre los roles tradicionales, la equidad, el valor del trabajo doméstico y productivo y los impactos favorables de la corresponsabilidad de los hombres en las tareas de la casa y de cuidado. Posteriormente, este módulo será implementado en la. El enfoque debe destacar su contribución al desarrollo integral de las personas y especialmente, a la salud mental, que está intrínsecamente relacionada con la VBG.
- Promover debates en el aula sobre el impacto emocional y físico de los estereotipos de género.
- Incorporar narrativas locales como parte del contenido educativo que cuestione la normalización de la sobrecarga de trabajo en las mujeres y la desresponsabilización masculina.

Resultado inmediato 1120: Habilidades para la vida transformadoras de género y conocimientos sobre SDR mejorados, incluyendo la VSBG y servicios relacionados para adolescentes y jóvenes.

Producto 1121: Formación en habilidades para la vida transformadoras de género y SDR, incluida la VSBG, proporcionada a adolescentes y jóvenes de organizaciones juveniles de la comunidad, e impartida por educadoras y educadores pares a nivel comunitario.

- Integrar módulos sobre salud mental, bienestar emocional y uso del tiempo libre, ligados al análisis de roles de género, para que adolescentes puedan identificar cómo estos afectan sus oportunidades, su desarrollo y su derecho al descanso y disfrute.
- Vincular a AJM con iniciativas o proyectos que desarrollen capacidades orientadas a la autonomía económica que permitan en el futuro incluir como parte de sus planes de vida.

Resultado inmediato 1130: Capacidad mejorada de las familias y las comunidades para apoyar la SDR de las y los adolescentes y jóvenes, en particular de las AJM.

Producto 1132: Formación sobre masculinidades transformadoras (MT) dirigida a los miembros masculinos de las familias de las AJM, así como a los miembros masculinos de la comunidad

- Incorporar reflexiones basadas en historias locales para facilitar que los AJH cuestionen la masculinidad hegemónica en favor de su bienestar integral. Incluir análisis sobre el “costo” de los privilegios masculinos y la sobrecarga femenina en las sesiones de masculinidades transformadoras, fomentando el reconocimiento y la corresponsabilidad como parte del cambio personal y colectivo.

Resultado intermedio 1200: Mejorada la prestación de servicios de Salud Sexual Reproductiva (SSR) inclusivos y que respondan al género y a la edad por parte del sistema de salud, incluyendo servicios que respondan a las sobrevivientes de violencia sexual basada en género (VSBG).

Resultado inmediato 1210: Capacidad mejorada del personal de salud para prestar servicios de SSR de calidad, inclusivos y que responden al género y a la edad.

Producto 1211: Personal de salud formado en la prestación de servicios de SSR, incluida la VSBG.

- Fortalecer la formación del personal de salud en enfoques transformadores de género, abordando explícitamente la correspondencia entre los roles tradicionales asignados a las mujeres y los estereotipos que restringen la autonomía de las adolescentes, normalizando el embarazo precoz y la violencia.

Resultado inmediato 1220: Mejorada la disponibilidad de servicios e instalaciones de SSR de calidad para adolescentes y jóvenes, especialmente para AJM.

Producto 1222: Apoyo técnico y material proporcionado para modalidades alternativas de prestación de servicios de SSR, incluidas unidades móviles.

- Incluir en las modalidades de prestación de servicios móviles la realización de campañas de sensibilización comunitaria con la participación de madres, padres, adolescentes y organizaciones sociales para visibilizar el impacto físico, emocional y social de la desigualdad en las tareas del hogar y de cuidado, promover reflexiones críticas y fomentar una distribución equitativa.

Resultado intermedio 1300: Mayor capacidad de respuesta de los mecanismos de gobernanza de la salud y la educación a las necesidades en SDR y Protección de adolescentes y jóvenes, especialmente de las AJM.

Resultado inmediato 1310: Redes multisectoriales fortalecidas y mecanismos público-privados de apoyo a la SDSR de adolescentes y jóvenes, incluyendo para sobrevivientes de VSBG.

Producto 1311: Apoyo a las redes multisectoriales para mejorar la coordinación y la acción colectiva en el ámbito de la SDSR de adolescentes y jóvenes a nivel comunitario, municipal y departamental.

- Incluir en la agenda de la formación de integrantes de las redes multisectoriales el análisis de la sobrecarga de trabajo de mujeres como un tema prioritario, vinculándolo a la garantía de derechos en salud y educación.

Resultado inmediato 1320: Habilidad incrementada de las organizaciones de base dirigidas por mujeres y jóvenes en toda su diversidad para participar en los espacios institucionales de toma de decisiones, abogar por y monitorear el progreso de la SDSR de adolescentes y jóvenes.

Producto 1321: Miembros de organizaciones de base lideradas por mujeres y jóvenes formadas en liderazgo, participación, rendición de cuentas e incidencia basada en evidencia, con un enfoque inclusivo que responde al género y a la edad.

- Promover entre las organizaciones sociales acciones de reclamo y denuncia sobre la sobrecarga de trabajo de mujeres y la invisibilización de las tareas del hogar y de cuidado. Reivindicar la corresponsabilidad de hombres y mujeres y visibilizar su contribución, aprovechando fechas emblemáticas como el Día del Trabajo, el Día de la Mujer, entre otras.
- Promover la participación de mujeres en ferias económico-productivas organizadas por instituciones públicas, incorporando información sobre el análisis de costos de las tareas del hogar y de cuidado en la economía familiar. Visibilizar la sobrecarga del trabajo en mujeres y destacar las ventajas de la corresponsabilidad masculina en las tareas del hogar y de cuidado, tanto para el desarrollo integral de los hijos como para la salud mental de los hombres.

7.2. Acceso y control de recursos

En este capítulo se analizan las necesidades de servicios de SDSR que tienen las AJM y los AJH, las respuestas que dan los servicios a esas necesidades, el trato que reciben en ellos, los aspectos facilitadores, así como las barreras que enfrentan en el momento de solicitarlos y los lugares donde AJM y AJH buscan información sobre SSR. Los resultados sobre el acceso a información y servicios, ayudarán a ajustar las acciones ya propuestas en el proyecto para que los servicios respondan mejor a necesidades de adolescentes y jóvenes.

7.2.1. Servicios en SDSR que necesitan AJM en sus comunidades.

En la información recolectada de adolescentes y jóvenes mujeres y sus pares hombres (en todos los grupos de edad), se puede observar que hay diferencias para mujeres y hombres sobre las necesidades que plantean a los servicios (Gráfico 11).

Las mujeres plantearon en primer lugar la capacitación en SSR (22%), seguido por la prevención del embarazo y la información sobre sus derechos (17% en cada uno) y como tercera prioridad, la información sobre métodos anticonceptivos (MAC). A continuación, se presentan algunas citas que respaldan esta priorización:

“Sería que... más talleres de prevención de embarazo, esa es la clave, al menos en esta zona, porque hay muchas adolescentes que se embarazan a tempranas edades”. P: 251 – Mujer 15 a 18 años. Urbano, DM6, Santa Cruz.

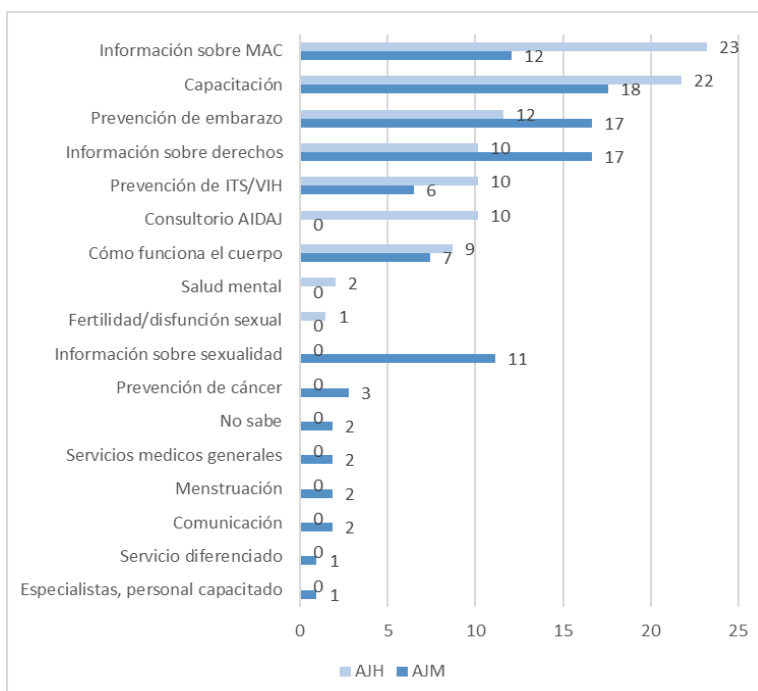
“Tal vez podría hacerse talleres y capacitaciones para las mujeres, más sobre sus derechos como dijo, tal vez sobre orientación. Entonces, tal vez ya conociendo eso, las mujeres ya puedan saber, no simplemente quedarse ahí calladas como ahora”. P: 200 – Mujer 19 a 28 años. Rural, Aiquile, Cochabamba.

Los hombres, por su parte, priorizaron en primer lugar la demanda de información sobre MAC (23%), en segundo lugar, la capacitación en SSR (22%) y en tercer lugar la prevención de embarazos (12%). Algunos ejemplos se muestran así:

“Poder utilizar condón para prevenir el embarazo”. P: 37 – Hombre 12 a 14 años. Rural, Aiquile, Cochabamba.

“Podría ser, no sé, así que ya se orienten bien sobre las relaciones sexuales y todos los métodos que dieron para cuidarse, lo básico”. P: 224 – Hombre 15 a 18. CM rural, El Torno, Santa Cruz.

Gráfico 11. Necesidad de servicios en SDSR, según AJM y AJH



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Aunque estas prioridades tienen diferente peso para mujeres y para hombres, tanto en áreas rurales como en cabeceras de municipio y periurbanas, todas giran en torno a las preocupaciones de acceso a información y servicios que les permita prevenir embarazos y ejercer sus DSR.

En el siguiente nivel de prioridad, las mujeres mencionan necesidades de información sobre sexualidad (11%); mientras que los hombres hacen referencia a tres temas (todos con 10%): información sobre derechos, prevención de ITS/VIH y consultorio AIDAJ:

“Con mis amigas hablamos que está faltando eso, que nosotros aprendamos a tener responsabilidad afectiva o cómo abordar la sexualidad desde esta parte más emocional”. P: 178 – Mujer 19 a 28 años. CM Rural, Padcaya, Tarija.

“Clases igual sobre las enfermedades de transmisión sexual y todo eso y qué se usa para evitar todo eso. Especialmente en este barrio. P: 242 – Hombre 15 a 18 años. Urbano, DM6, Santa Cruz.

“Yo creo que los centros AIDA sería muy necesario, ya que en El Puente no contamos con ese centro abierto, digamos, no está disponible aún”. P: 363 – Hombre 19 a 28 años. CM Rural, El Puente, Tarija.

También se mencionan temas que responden a características particulares del sexo y la edad, como es el caso de la menstruación, que está relacionada con adolescentes de 12 a 14 años, y

prevención del cáncer mencionado por las jóvenes de 19 a 28. Los hombres, por su parte, mencionan la salud mental relacionada a cambios en la adolescencia y en un caso se mencionó el tema de disfunción sexual. Algunos ejemplos se muestran en las siguientes citas:

“Charlas sobre la menstruación porque digamos si tienes tu menstruación irregular, y eso debería haber charlas”. P: 328 – Mujer 12 a 14 años. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

“Yo supongo que servicios de salud, para problemas tal vez del cáncer de útero. La mayoría no tiene gran idea de cuán importante es eso”. P: 184. Mujer 19 a 28 años. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

“Creo que un poco la guía también (de) problemas de salud mental. Por la adolescencia uno pasa por todos los cambios y ve también muchos cambios en nuestro cuerpo”. P: 336 – Hombre 19 a 28 años. CM rural, Padcaya, Tarija.

Otro tema que se presentó, aunque mencionado puntualmente, es el referido a abordar las diversidades sexuales y de género:

“Lo que yo veo, también necesitamos cursillos sobre las identidades, las orientaciones sexuales, que también puede ocurrir, puede ocurrir discriminación por su orientación sexual en los colegios, en la comunidad. P: 223 – Hombre 15 a 18 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz.

Todos los temas mencionados dan cuenta de necesidades vinculadas directamente con SISR en un espectro amplio de temas y prioridades que afectan directamente y de manera integral al ejercicio de sus derechos, en tanto hablan de información, de aspectos preventivos (*“utilizar condón para prevenir el embarazo”*), de atención (*“centros AIDA sería muy necesario”*), enfocando lo afectivo (*“abordar la sexualidad desde esta parte más emocional”*) y lo físico (*“cáncer de útero”*). Esto destaca una mirada holística del cuerpo, de experiencias que van registrando para cambiar sus historias (*“las mujeres ya puedan saber, no simplemente quedarse ahí calladas como ahora”*), que les permita ocupar espacios donde ahora no son incluidas/os, a partir de la atención diferenciada en SSR.

Asimismo, se observa la vinculación entre la necesidad de contar con información y el perder la vergüenza que tienen adolescentes y jóvenes para solicitar los servicios. Esto se conecta con el acceso a servicios de SSR mencionando la vergüenza de mujeres y hombres como una barrera:

“Explicarles también de cómo funcionan los métodos anticonceptivos, cómo es el uso para prevenir posibles embarazos no deseados y también para que vayan perdiendo un poco más la vergüenza de utilizar las pastillas anticonceptivas, para que puedan ir a la farmacia y perder un poco la vergüenza”. P: 336 – Hombre 19 a 28 años. CM rural, Padcaya, Tarija.

“Más que todo, es la vergüenza, algunos vergonzosos de tocar ese punto, pero lo que sí, charlas más que todo a los jóvenes darle ese conocimiento que sepan y que no sea muy vergonzoso porque la mayoría de gente es vergonzosa y bueno, por culpa de eso ocurren errores y cometen los jóvenes hoy en día” P: 338 – Hombre 19 a 28 años. CM rural, Padcaya, Tarija

AJM y AJH plantearon comentarios relacionados a características que necesitan en los servicios de salud, por ejemplo, la provisión de insumos, personal especializado que respete la confidencialidad y la cercanía de los centros, incluyendo la incorporación de un consultorio móvil:

“(En) las comunidades, no hay, y los centros de salud no tienen, no abastecen”. P: 222 – Hombre 15 a 19 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz.

“Que los centros médicos tengan un poco de confidencialidad. Porque uno quiere ir al hospital, me cuentan que varias amigas pasaron por eso y como que salen del hospital y lo divulgan todo mundo, a todo el pueblo”. P: 264 – Mujer 15 a 18 años. Rural, Porongo, Santa Cruz.

Por último, aunque hay variables específicas en el estudio que abordan el tema de VBG y VSBG y la identificación de necesidades estaba dirigida a SDSR, también se manifiestan aquí necesidades vinculadas a PfV:

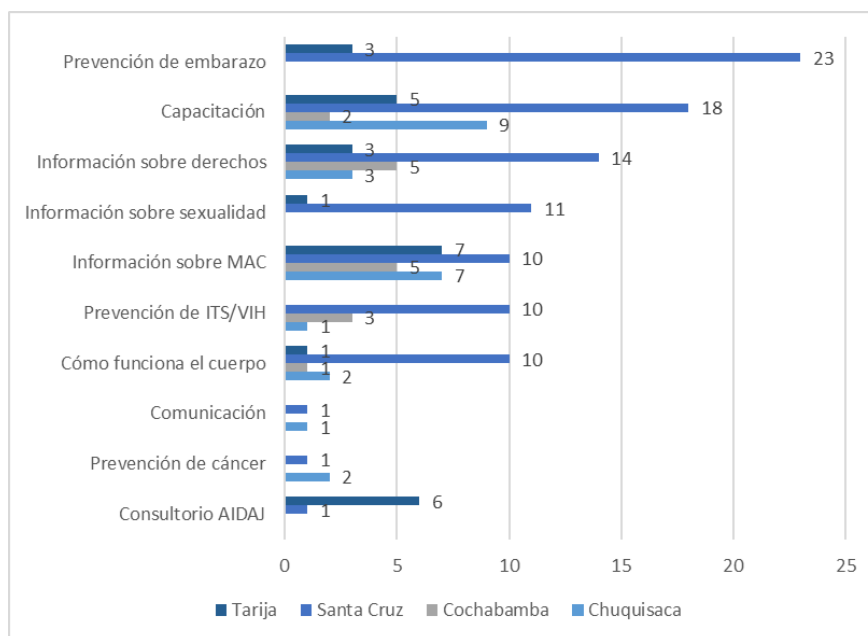
“También, en casos de violencia o abuso, es necesario dar acceso a anticonceptivos de emergencia”. P: 333 – Hombre 19 a 28 años. Rural, El Torno, Santa Cruz.

“Sería capacitación porque hay muchas que no tienen casi conocimientos, por esto llegan a embarazos. Sería sobre anticonceptivos. También sobre cómo acudir a la Defensoría o Policía, cuando se sufre violencia”. P: 270 – Mujer 15 a 18 años. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

A partir de lo mencionado, se observa que en las diferentes edades de AJM y AJH ya hay manejo de información sobre SDSR de manera general, es decir, pueden mencionar algunos métodos anticonceptivos, sin embargo, no conocen en detalle cómo usar. A partir de los 15 años se observa diversidad y complejidad en la exploración de sus necesidades como adolescentes y jóvenes. Diversidad porque se manifiestan distintos temas relacionados a la SSR y complejidad porque logran conectar necesidades con barreras internas y externas. Un claro ejemplo es que para casos de VSBG se ve la necesidad de conocimiento y acceso a anticoncepción de emergencia como parte del ejercicio de su derecho a la protección y atención inmediata; o cuando hablan de la vergüenza para solicitar servicios de SSR como una barrera interna y la necesidad de responder a ella con capacitación en habilidades personales, lo que daría igualdad de oportunidades a mujeres y hombres adolescentes a ejercer sus derechos. Estos planteamientos muestran la importancia de valorar los conocimientos que tienen las AJM sobre sus DSR, y reconocer las barreras que ellas identifican, que hay una memoria colectiva sobre ese conocimiento e identifican falencias en sus territorios y espacios que limitan ejercer sus derechos.

El análisis por departamentos de las necesidades de AJM y AJH según los territorios, muestra algunas diferencias (Gráfico 12). En Santa Cruz hay una marcada necesidad de trabajar en prevención de embarazos, en Chuquisaca se prioriza el tema de capacitación, en Tarija el de información sobre MAC y en Cochabamba información sobre sus derechos y sobre MAC. Otro dato que resalta es la demanda de Tarija para consultorios AIDA (específicamente en Cabecera de Municipio El Puente y comunidad Cañas), que estaría vinculado a que ya se conoce el funcionamiento de los mismos en otros lugares y como un espacio de confianza para acercar a adolescentes y jóvenes.

Gráfico 12. Servicios en SDSR que necesitan las AJM, según departamento



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

En resumen, en las necesidades expresadas se observa como un elemento facilitador que hay una base general de conocimiento en SDR en adolescentes mujeres y hombres, pero al mismo tiempo, enfrentan desafíos y necesidades que pueden ser decisivas para profundizar esos conocimientos, el empoderamiento y el acceso a los servicios. Desde una perspectiva interseccional, se observan diferentes realidades y problemáticas en los territorios que se traducen en necesidades diferenciadas según las edades de AJM, quienes solicitan mayor información y capacitación en MAC, prevención de embarazos, derechos, servicios que brinden buen trato y guarden la confidencialidad y sean geográficamente accesibles. Estas necesidades se marcan más en menores de 15 años y en las que viven en zonas rurales más alejadas porque tienen menos opciones de acceso a información, más limitaciones de movimiento, entornos familiares, comunitarios y de servicios con formas de pensar más tradicionales, que las excluyen de oportunidades para capacitarse y donde hay más control sobre sus tiempos y sus cuerpos.

Como obstáculos mencionan la vergüenza o el miedo para pedir información o acudir a un centro de salud, Esto las pone en una situación de vulnerabilidad cuando inician su vida sexual sin el poder suficiente para reclamar respuesta a sus necesidades, acceder a más información y proveerse de métodos anticonceptivos. El tema de las barreras se va a profundizar más adelante en el informe de manera específica (pág. 49), pero ya surgen los primeros elementos de vergüenza, miedo y falta de confidencialidad del personal de los servicios en esta exploración de necesidades, lo que da cuenta de la importancia que tienen para AJM y AJH.

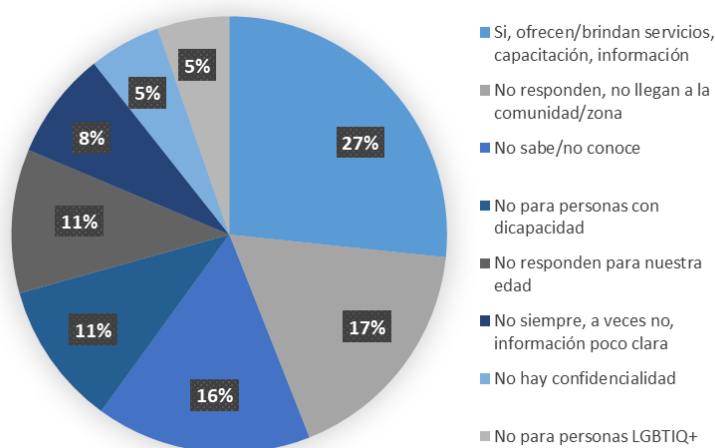
Algunas causas que llevan a AJM y AJH a para plantear estas necesidades es el poco espacio que tienen para ejercer sus DSR, en un contexto que las/os sujeta a patrones patriarcales, con una estructura de poder adultocentrista y roles tradicionales donde adolescentes principalmente mujeres están limitadas en su movimiento y los espacios para opinar. Un sistema que las considera, primero, dependientes de la autoridad paterna y, luego, de la autoridad de la pareja o del personal de los servicios y, a partir de ahí, se decide qué información pueden tener sobre su cuerpo y sexualidad.

Con todo lo mencionado, se ratifica la pertinencia de que el proyecto aborde temas de prevención de embarazos, la información y el uso correcto de métodos anticonceptivos modernos (MAM), la educación integral para la sexualidad donde se trabajen aspectos psico-sociales, prevención de ITS/VIH, etc. Con mayor información se contribuye a dar más seguridad a las AJM y los AJH para que puedan tomar decisiones sobre su cuerpo, sean incluidas en espacios para hacer seguimiento al cumplimiento de la calidad en los servicios de salud, sobre todo en el tema de la confidencialidad.

7.2.2. Respuesta de los servicios a necesidades de adolescentes y jóvenes mujeres.

Además de explorar sobre las necesidades de AJM, el estudio también exploró con ellas cómo los servicios de SSR responden a esas necesidades, haciendo énfasis en diversidad de género y sexual, discapacidad y origen étnico (Gráfico 13).

Gráfico 13. Respuesta de los servicios a las necesidades, según AJM



Fuente:

propia con datos del estudio

Elaboración

En el estudio se puede observar que de 108 adolescentes que hablaron de sus necesidades, solo 75 hablaron sobre las respuestas de los servicios. Este dato es relevante en tanto hay un grupo importante que no tiene la información para responder a la pregunta, ya sea porque no ha hecho uso de los servicios, porque no ha tenido acceso a ellos o porque no se siente en la libertad de compartir que ha tenido esa experiencia. De las 75 AJM que respondieron, el 27% sostiene que los servicios dan respuesta a sus necesidades de información y les explican, mientras que el 57% afirma que los servicios no responden por diferentes motivos, como se muestra en el Gráfico 14:

Gráfico 14. Falta de respuesta en los servicios, según AJM – Citas

Servicios no cuentan con personal o quedan muy lejos (17%)	<i>“En las comunidades rurales no hay siquiera un médico en algunos lugares esta solo una enfermera y no hacen nada en sexualidad”. P: 200 – Mujer 19 a 28 años. Rural, Aiquile, Cochabamba.</i>
No responden a personas con discapacidad (11%), diversidades sexuales/de género (5%) o a la edad (11%)	<i>“Los centros de SSR no están muy preparados para responder a las necesidades de las personas con discapacidad o de la comunidad LGBTIQ+”. P: 187 – Mujer 19 a 28 años. CM rural, Porongo, Santa Cruz.</i> <i>“Mayormente va gente mayor, casi no se ve a jóvenes”. P: 73 – Mujer 12 a 14 años. CM rural, El Puente, Tarija</i>
No cuentan con personal capacitado para atender a AJM en SSR y falta de confidencialidad (5%)	<i>“Yo tengo amistades que intentaron acudir al Centro AIDA en Padcaya. Algunos me dijeron que les dieron información, pero pasado un tiempo, comenzaron a divulgar todo lo que ella dijo” P: 246 – Mujer 15 a 18 años. Rural, Padcaya, Tarija.</i> <i>“Muchas veces el centro de salud no puede ni atender, en una emergencia mínima, entonces, yo creo que menos va a tener la voluntad o la capacidad de atender a un joven adolescente, y con discapacidad.”. P: 177 – Mujer 19 a 28 años. CM rural, Padcaya, Tarija.</i>

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

En la exploración sobre la falta de respuesta de los servicios de SSR a las necesidades de adolescentes o jóvenes, se pueden ubicar algunas limitaciones o barreras como, por ejemplo, en primer lugar, mencionan causas estructurales del sistema de salud expresadas en la falta de personal (*“no hay siquiera un médico en algunos lugares”*), falta de provisión de insumos (*“no pueden atender, siquiera una emergencia mínima”*) o tiempos de espera largos (*“tiene que hacer cola, esperar a ver si alcanza la ficha”*). En segundo lugar, indican que las barreras están a nivel de la formación pues en algunos lugares consideran que el personal no está capacitado para atender a AJM en general o en particular a personas con discapacidad o de diversidades sexuales o de género (*“no están preparados para atender a personas con discapacidad”*). Por último, resaltan que el personal de salud explica poco o hay falta de confidencialidad. Los aspectos referidos se pueden vincular con la falta de prioridad que el sistema de salud le da a la atención diferenciada a adolescentes, actitudes de discriminación y prácticas adultocentristas, cruzadas por temas de origen étnico, clase, edad, género y discapacidad, que desconocen a las AJM como sujetas de derechos.

En el análisis por edad, se observa que el 52% de las adolescentes de 12 a 14 años no saben o no conocen si los servicios responden a sus necesidades, lo que genera una brecha importante que debe abordarse de manera específica para este grupo de edad con difusión de información de servicios y garantías de confidencialidad.

Con relación al funcionamiento de los servicios surgió el cuestionamiento al sistema de fichas que tienen algunos centros de salud, que limita el acceso en temas de horarios, disponibilidad de tiempo y de privacidad para acceder a un servicio. Además, se identificó el uso de las farmacias frente a la ausencia de respuesta de los centros de salud o como un lugar de acceso más cercano, sin procedimientos burocráticos y de respuesta inmediata. Esto se presenta principalmente en Santa Cruz:

“No vamos a los centros, sino llegamos a la farmacia y decimos, me duele y ya, tomamos eso. Con eso nos ponemos bien. Mayormente todo el mundo lo hace así porque en los centros, pues, uno tiene que sacar fichas, tiene que madrugar, tiene que hacer cola, esperar a ver si alcanza la ficha”. P: 210 – Mujer 19 a 28 años. Urbano, DM6, Santa Cruz.

“Tal vez será por la cantidad de fichas que se entrega. Todo eso lo ven y ya no quieren venir. Dicen, van a atender a los viejitos, a las embarazadas y para nosotros no queda ficha”. P:10 – Hombre adulto. Urbano, DM6, Santa Cruz.

Por un lado, se rescata la necesidad de que el personal de los servicios de SSR (y también personal el personal docente de unidades educativas, si se les toma en cuenta como agentes en la provisión de información) responda con habilidades que permitan el acercamiento a adolescentes: la confidencialidad como pilar fundamental para generar confianza y empatía. La ausencia de estas habilidades y esta falencia en el trato son antecedentes que impactan de manera negativa no solo en el acceso a los servicios de SSR, sino que ya están registrados en la memoria de AJM y AJH y deconstruir esas percepciones representa un desafío aún mayor. Por otro lado, al traicionar la confianza de las y los adolescentes que acuden a los servicios, se afecta la autoestima, incrementa la vulnerabilidad frente a situaciones que pueden poner en riesgo su salud o seguridad física y quita la posibilidad de fortalecer conocimientos y habilidades de diálogo y toma de decisiones que AJM podrían aplicar con pareja, familia o sus pares.

Por otro lado, la falta de reconocimiento de los derechos en torno a la sexualidad de las y los adolescentes y jóvenes y el hecho de ignorar sus necesidades, son formas de violencia que se ejerce sobre AJM e imposibilitan los cambios hacia servicios inclusivos, de calidad y eficientes.

7.2.3. Lugares de acceso a información de calidad sobre SSR y PfVBG por adolescentes y jóvenes.

Otro aspecto que el estudio exploró fue dónde acceden AJM y AJH a información adecuada y servicios que les permitan tomar decisiones informadas sobre su salud. Este aspecto es importante para identificar las prácticas que son más frecuentes en el momento que buscan una respuesta a sus dudas o problemas y las oportunidades de acceso que sean realistas con las condiciones y limitaciones a las que se enfrenta la población objetivo, especialmente en las zonas rurales más alejadas. Como se verá a continuación, cuando AJM y AJH buscan información no toman en cuenta que ésta sea de calidad².

“Muchas personas tienen malas experiencias en los centros de salud. Falta profesionalismo y empatía en la atención, lo que hace que algunas prefieran buscar información en otros medios, aunque no siempre sean fiables”. P: 213 – Mujer 19 a 28 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz.

Los resultados muestran que el internet es la principal fuente de información utilizando diferentes espacios como páginas web, TikTok o Instagram. Luego viene la escuela y los centros de salud como los espacios para acceder a información sobre SSR, tanto para hombres como para mujeres. Esto se observa en los Gráficos 15 y 16.

“Ahora yo diría que mediante el internet, porque ahí se encuentran todo tipo de temas, o sea, abarca harto para poder investigar sobre todo eso”. P: 329 – Mujer 12 a 14 años. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

Gráfico 15. Lugares de acceso a información según AJM

² Según el Ministerio de Salud y Deportes, la información relacionada con la SSR debe ser correcta, apropiada, comprensible y sin ambigüedades (Ministerio de Salud y Deportes, 2018).

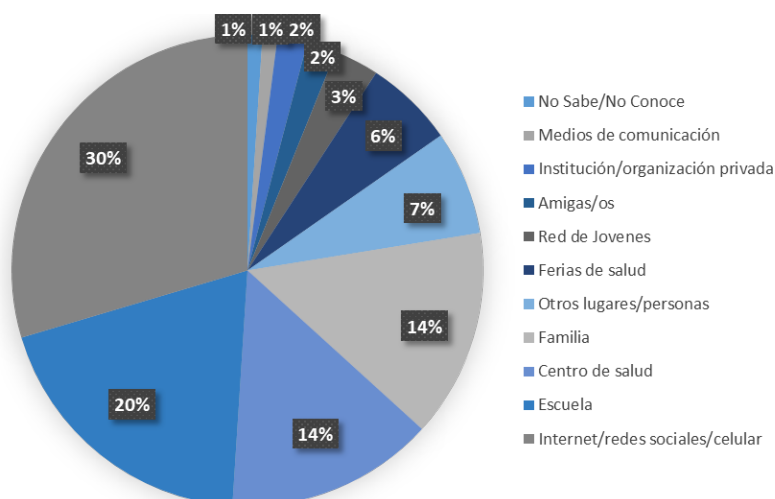
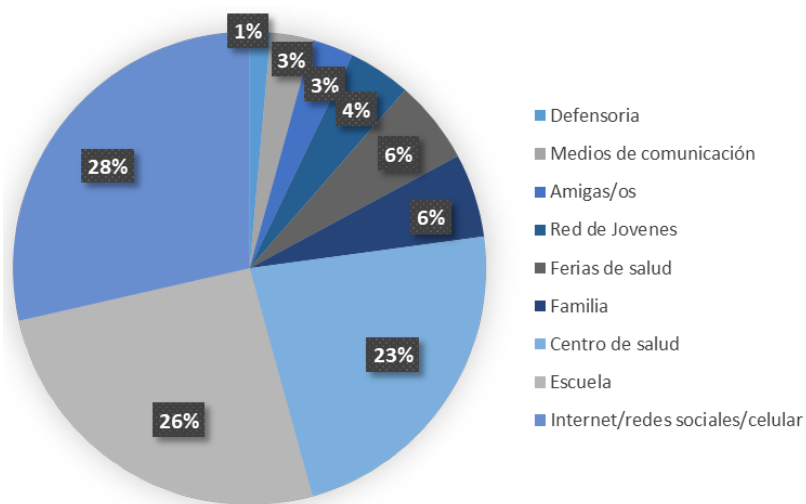


Gráfico 16. Lugares de acceso a información, según AJH



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Con relación al internet, para adolescentes y jóvenes la búsqueda de información puede resultar un desafío que abarca diferentes aspectos. Por un lado, está la infraestructura de comunicación, dado que la señal de internet varía de un lugar a otro según la zona. Por otro lado, está la disponibilidad de conexión que tienen adolescentes pues muy pocos cuentan con internet en su casa, lo que implica un costo económico. Por último, se ve el desafío de la

confiabilidad que tienen los sitios de consulta pues tampoco cuentan con orientaciones claras al respecto.

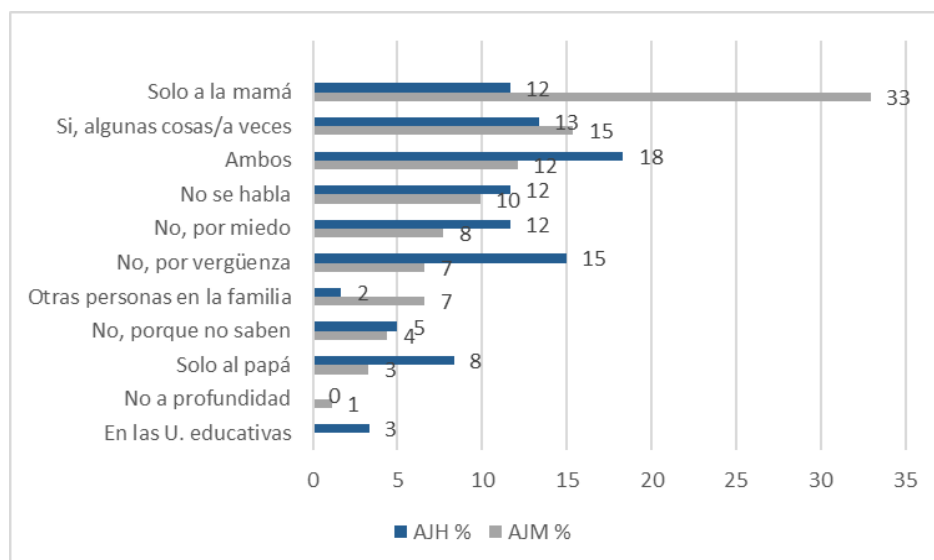
Hay mayor preferencia de acceder a información en las unidades educativas antes que los centros de salud y puede deberse a que las charlas grupales brindan mayor posibilidad de anonimato, a diferencia de los servicios de salud donde pueden ser más fácilmente identificadas/os: *“También en el colegio hacen actividades y ahí nos informan”*. P: 272 – Mujer 15 a 18 años. CM Rural, Villa Serrano, Chuquisaca. Aunque también mencionan que, en algunos casos, hay profesoras/es con los que tienen confianza para hablar sobre estos temas: *“En lo de derechos sexuales reproductivos, ellos nos hablan ya lo que es: porque nosotros conocemos como son ustedes de aguillitas, así que les tenemos que hablar, nos dicen”*. P: 512 – Mujer 15 a 18 años. Urbano, DM6, Santa Cruz. En los centros de salud está el tema del trato y confidencialidad que, como se vio previamente, afecta la confianza y la sensación de seguridad para pedir información y recibir servicios: *“La gente de aquí del Centro de Salud, nos conoce, conoce a nuestros papás, tenemos miedo que les avisen”*. P: 217 – Mujer 19 a 28 años. Rural, El Puente, Tarija,

Un rasgo particular de género es que las AJM, a diferencia de sus pares hombres, además del internet, la escuela y los servicios de salud, mencionan a la familia como referente para buscar información. Al indagar con mayor profundidad a quiénes recurrían las AJM en la familia (ver Gráfico 17) se encontró que ellas preguntan con mayor frecuencia a las madres (33%), mientras que los AJH recurren más a ambos padres (18%). Se observa mayor afinidad entre madres e hijas para hablar temas de SSR, generalmente porque sienten más confianza y aprovechan para hablar cuando comparten las tareas domésticas:

“A mi papá no. Más que todo a mi mamá le pregunto porque tengo más confianza”. P: 260 – Mujer 15 a 18 años. Rural, El Puente, Tarija.

“Cuando estamos lavando ropa juntas. Me empieza a contar su juventud. Y me dice que su juventud la arruinó. Ella fue un capricho porque ella se embarazó de mi primer hermano” P: 256 – Mujer 15 a 18 años. CM rural, Tomina, Chuquisaca.

Gráfico 17. Preguntas a madres y padres sobre SSR, según adolescentes por sexo



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Complementando al hecho de que las AJM no hablan de estos temas con sus padres, en el grupo de madres han indicado que se les delega a ellas esa responsabilidad: *“O sea, que se*

involucren también los papás porque hay algunos que... Dejan toda la carga a la mamá nomás, pero en realidad la respuesta es de los dos". P: 130 – Mujer. Rural, El Puente, Tarija. Esto manifiesta una extensión del rol de la maternidad hacia la responsabilidad de hablar con las hijas sobre estos temas y el impacto negativo que recae sobre las madres cuando se presenta un embarazo adolescente.

Por otro lado, se observan porcentajes importantes de AJM (29%) y AJH (43%) que no preguntan ya sea por miedo, por vergüenza o porque consideran que sus padres no saben.

"Si yo pregunto con qué me puedo cuidar y ya te mira con una cara, que está pasando, no te sientes cómodo, pasamos vergüenza ellos y nosotros". P: 216 – Mujer 19 a 28 años. Rural, El Puente, Tarija.

"Me puede pegar si le digo, me puede pegar y no sé qué más me puede hacer, pero algo me hace" P: 37 – Hombre 12 a 14 años. Rural, Aiquile, Cochabamba.

También se identificó que el enfoque de la conversación es diferente cuando se habla con hijas mujeres y con hijos hombres, reforzando ideas de masculinidad todavía tradicionales patriarcales donde se celebra la vida sexual activa de hombres: *"Digamos las mujeres prácticamente ellas no van a decir eso. Incluso en internet, pueden investigar solamente, por la pena, porque les da vergüenza. En cambio, el hombre todavía puede ser que le diga a su padre, porque su padre va a decir: jese es mi hijo!". P: 346 – Hombre 19 a 28 años. Urbano, DM6, Santa Cruz.*

Las AJM y AJH manifiestan dificultades de conversar temas de SSR, especialmente con padres y en el grupo de madres han indicado que se les delega a ellas esa responsabilidad: *"O sea, que se involucren también los papás porque hay algunos que... Dejan toda la carga a la mamá nomás, pero en realidad la respuesta es de los dos". P: 130 – Mujer. Rural, El Puente, Tarija.* Frente a esto, el proyecto puede potenciar el trabajo con padres en la deconstrucción de roles y responsabilidades naturalmente asignadas, que se extienden a la responsabilidad de las madres en la orientación y educación en SSR. Como parte de masculinidades transformadoras, es necesario visibilizar que no solo las madres son capaces de generar relaciones de confianza, sino que los padres también desarrollan sensibilidad y asumen responsabilidades sobre la orientación a sus hijas e hijos en el tema de SSR.

Como ya se señaló en la variable de necesidades, la información que más se requiere está relacionada con MAC, prevención de embarazos y sexualidad. Adicionalmente, aquí se mencionó la búsqueda de información sobre temas de VBG, entonces, hay interés y necesidades manifiestas para mejorar sus conocimientos, ejercer sus DSR y una vida libre de violencia. Estos intereses no necesariamente encuentran respuesta en espacios seguros para AJM como centros de salud, unidades educativas o la misma familia; pues están restringidos por prejuicios y estereotipos de género que juzgan, infantilizan o exponen a AJM y AJH que buscan información o servicios. Ese tipo de respuestas son obstáculos que reproducen relaciones de poder y atentan contra el ejercicio de sus DSR para recibir atención adecuada, participar en igualdad de condiciones, reconocer sus opiniones, decisiones y son expresiones implícitas (y a veces explícitas) de violencia en contra de sus cuerpos.

Ante un contexto adverso se observa que, aún con las limitaciones que pueden tener adolescentes y jóvenes para acceder a internet, ésta es la principal fuente de información porque resguarda el anonimato y les libera de la sanción social; en contraposición a lo que significa acudir a un centro de salud donde sienten expuestas/os a ser vistos o a la falta de confidencialidad. El uso de internet puede ser una oportunidad o un elemento facilitador para el proyecto siempre que se tome en cuenta aspectos de seguridad digital y de criterios de calidad sobre la información que se busca. Sin embargo, el tema de fondo es construir un entorno de respeto a los DSR de adolescentes y jóvenes cuestionando y deconstruyendo los orígenes de los prejuicios y sanciones en los tres espacios claves que ellas y ellos identifican: la familia, los centros de salud y las unidades educativas. Junto con ellos también se deben tomar en cuenta

los servicios de protección, aunque han sido mencionados muy poco por las AJM. Vinculando con los resultados que se muestran en el apartado de “trato del personal de los servicios” (pág. 41) y en el capítulo de normas sociales (pág. 71), los prejuicios y estereotipos son mecanismos de control del cuerpo de las mujeres, restringen su participación en las decisiones que les afectan, los espacios en los que pueden moverse, hacer escuchar su voz y necesidades y mantienen vigentes los mandatos tradicionales de género. Cualquier actitud o comportamiento que vaya en contra de este sistema, recibe la sanción social por hombres y mujeres en los diferentes espacios.

7.2.4. Trato en servicios y atención en SSR y PfVBG para adolescentes y jóvenes.

El trato de prestadoras/es en los servicios es una variable que puede facilitar o limitar el acceso de AJM a información, atención y ejercicio de SDSR y PfV, y dada su relevancia, en este informe se la presenta en este apartado específico (Gráfico 18). Por un lado, las AJM dieron respuestas positivas al respecto, principalmente en Tarija y Santa Cruz (27% y 26% respectivamente):

“En el centro de salud les atienden bien, son amables, tratan con respeto y cierran la puerta para atenderlas”. P: 72 – Mujer 12 a 14 años. CM rural, El Puente, Tarija.

“Al centro sí, hace mucho cuando tuve a mi hija, ahí hacía mis curaciones todo bien. Porque a veces hay charlas sobre los métodos anticonceptivos y todas esas cositas”. P: 209 – Mujer 19 a 28 años. Urbano, DM6, Santa Cruz.

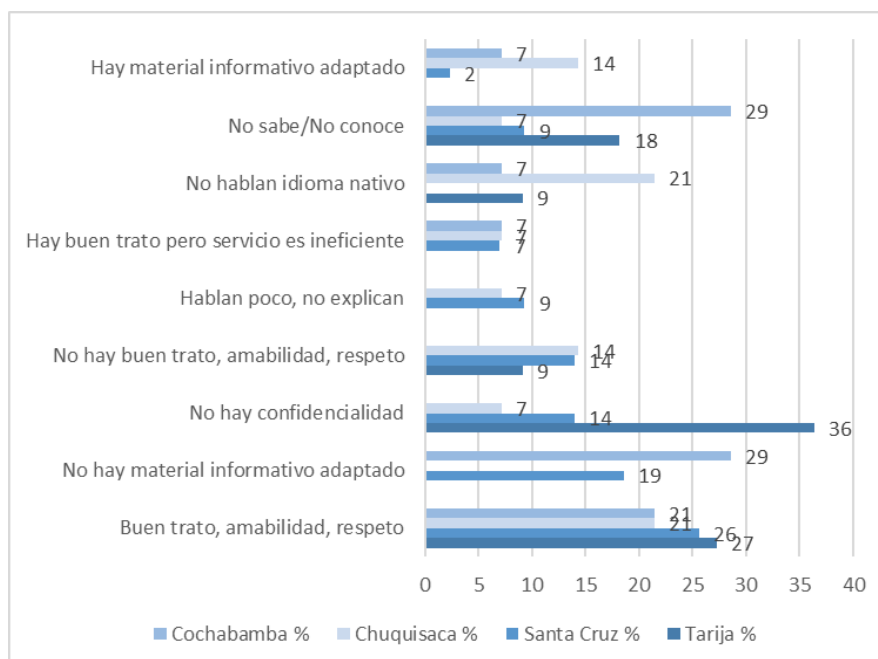
En contraste a lo manifestado previamente, los aspectos que se destacan sobre deficiencias en el trato son: falta de confidencialidad, trato poco amable, no hay material informativo disponible o no hablan el idioma. Las respuestas se refieren sobre todo a los servicios de salud, ya que son muy pocas las que han acudido o conocen los servicios de protección para casos de violencia:

“Yo solo he visto a mi mamá porque un día tenía que denunciar a mi papá”. P: 67 – Mujer. Rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

“Sobre la Defensoría de la Niñez me enteré por mis vecinos. Se peleaban mucho y creo que llamaron a la Defensoría por los hijos que sufren violencia, pero la Defensoría no acudió a atender”. P: 275 – Mujer 15 a 18 años. Rural, Aiquile, Cochabamba.

Con referencia a las deficiencias en el trato, en Tarija se destaca la falta de confidencialidad, en Cochabamba y Santa Cruz resalta la falta de material de información y Chuquisaca que no hablan el idioma. Esto puede deberse a que tienen mayor acceso y uso de los servicios, en consecuencia, mayor información para calificar la calidad del trato; mientras que en Cochabamba hay poca información porque en general reportan que no hay servicios de SSR o PfV o los han usado poco.

Gráfico 18. Trato del personal en los servicios de SSR, SLIM y Defensorías, por departamento, según AJM



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

La falta de confidencialidad, el requisito de que la acompañe una persona adulta y otras expresiones de mal trato es el reflejo de un enfoque de trabajo adultocentrista que todavía se mantiene y reproduce en el personal de salud e impacta negativamente en la confianza hacia los servicios.

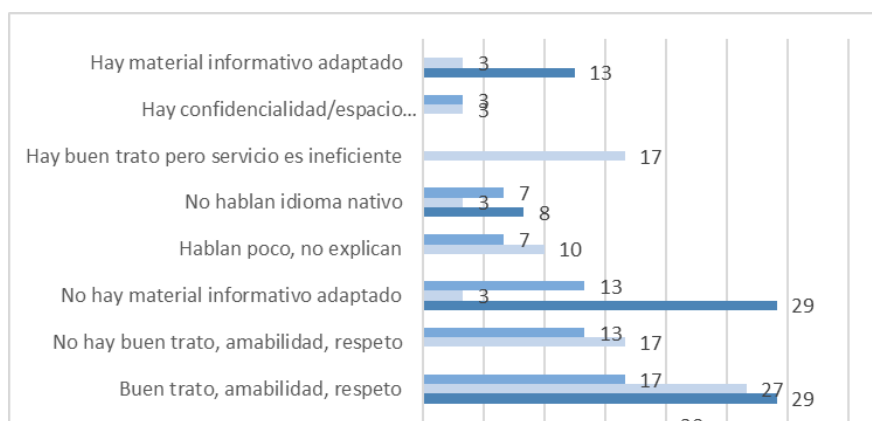
“Si va un menor de edad que quiera tener información sobre algunas prevenciones, tanto para hombre o mujer, no lo van a dejar entrar, no van a acceder a esa información si no está ahí alguien mayor”. P: 216 – Mujer 19 a 28 años. Rural, El Puente, Tarija.

“Cuando le ha hecho una ecografía para tal cosa, la ha mirado feo, con unas miradas juzgadoras, como al decir, tan jovencita y ya está así”. P: 246 – Mujer 15 a 18 años. Rural, Padcaya, Tarija.

“Estaba con una infección sexual, ella le fue a decir al médico y apareció la madre, el médico le dijo y ya que le pegaron a la chica”. P: 250 – Mujer 15 a 18 años. Urbano, DM6, Santa Cruz.

Según rangos de edad (Gráfico 19), las jóvenes de 15 a 18 años comparativamente son las que reportan más aspectos vinculados a trato deficiente, mientras que las de 19 a 28 años reportan más aspectos de buen trato y las de 12 a 14 años las que más respuestas dieron que no conocen.

Gráfico 19. Trato del personal en los servicios de SSR, SLIM y Defensorías, según rangos de edad de AJM



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

En contraste con estos testimonios sobre los servicios de SSR, la mayoría de las adolescentes y jóvenes indicaron que el trato en las unidades educativas es bueno y que hay mayor nivel de confianza tanto con profesoras y profesores. La confianza la vinculan con el trato con respeto y sin gritar, les escuchan, les hablan y se preocupan por lo que les pasa:

“Pero en temas de esto que estamos hablando, para charlas, yo tengo experiencia de que sí hay profesores muy buenos”. P: 247 – Mujer 15 a 18 años. Rural, Padcaya.

“Sí son respetuosos los maestros. Yo confío en una maestra que sí supo aconsejarme y saben escuchar las opiniones.”. P: 262 – Mujer. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

Las características que mencionan las AJM asociadas al buen trato de profesores y profesoras son importantes para tomar en cuenta en el trabajo de capacitación que se realice, en el sentido de reforzar estos elementos que favorecen a construir confianza y espacios seguros en las unidades educativas. De igual manera, en los servicios de salud, es importante destacar algunos elementos que consideran como parte del buen trato como el *“respeto y cierran la puerta para atenderlas”* y *“dan charlas sobre los métodos anticonceptivos”*.

La diferencia de resultados sobre el trato en servicios de salud, servicios de protección y escuelas, da pautas de temas diferentes para trabajar con prestadoras/es: en el primer caso el énfasis será en la confidencialidad, privacidad y material informativo, en el segundo caso se requiere mayor acercamiento de los servicios a las AJM para promover su acceso y en tercer caso se puede tomar en cuenta las buenas prácticas para difundir en otras escuelas y otros territorios.

En resumen, las deficiencias en el trato en los servicios de salud se reflejan principalmente en la falta de confidencialidad del personal, obstáculos para la atención como la solicitud de que las adolescentes estén acompañadas de una persona adulta, miradas o comentarios cargados de juicios de valor y no hablar el idioma nativo del lugar. Todo esto es consecuencia de culturas adultocentristas y patriarcales que no reconocen a las AJM como sujetas de derechos, que las excluyen de la posibilidad de tener acceso a los servicios y cruzan, en algunos casos, otras exclusiones como el origen étnico, idioma (quechua o ayoreode), estrato social (*“personas de escasos recursos”*) y diversidades sexuales y de género (*“hacen comentarios de su apariencia”*). Estas exclusiones múltiples forman parte de memorias ancestrales que se siguen reproduciendo en los servicios y normalizan actitudes hacia las AJM, principalmente en los temas de SSR. La vinculación a estos temas refuerza la desigualdad de acceso a espacios que deberían brindarles información y servicios para ejercer una vida sexual sana y segura, además

de una sexualidad libre. Los prejuicios, una vez más, actúan como mecanismos de represión de la sexualidad y el ejercicio de derechos.

7.2.5. Factores que facilitan o contribuyen al acceso a información, servicios y atención en SSR y PfVBG para adolescentes y jóvenes.

El estudio también explora los aspectos que pueden facilitar el acceso a la información como un elemento fundamental para precisar estrategias que enfrenten las barreras y limitaciones que tienen adolescentes y jóvenes para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, articulado a un proyecto de vida futura.

En el caso de la VBG, reconociéndola como un problema estructural que afecta a mujeres y hombres, se vuelve indispensable identificar aspectos facilitadores para el acceso a servicios de protección y apoyo que respondan de manera integral, articulada, ágil y efectiva. Desde esta perspectiva es relevante conocer la perspectiva que tienen adolescentes y jóvenes hombres (Gráfico 20), para identificar oportunidades en espacios de la comunidad, la familia y los servicios para promover sensibilización y transformación en actitudes y comportamientos para la prevención de la VBG y la promoción de comportamientos saludables sobre la SSR.

Gráfico 20. Aspectos que ayudan/facilitan el acceso a la información, servicios y atención en SSR y PfVBG, según AJH

Ferias en la comunidad o en las escuelas (39%)	<i>"También, en caso de que hayan ferias novedosas que también vayan los jóvenes, puede que ellos también pueden ayudar". P: 223 - Hombre 15 a 18 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz.</i>
Crear espacios específicos de adolescentes o jóvenes (23%)	<i>"Mayormente solo se toca con los amigos porque, no hay ciertos lugares que puedas expresar una opinión libremente por el miedo a ser juzgado o el miedo del qué dirán las personas mas adultas". P: 339 - Hombre 19 a 28 años. CM rural, Padcaya, Tarija</i> <i>"Aquí no hay donde podamos expresar nuestras opiniones y necesidades, solo lo hacemos entre amigos. Antes habian grupos de adolescentes y jóvenes y en esos espacios podiamos expresar nuestras opiniones". P: 360 - Hombre 19 a 28 años. CM rural, Aiquile, Cochabamba</i>
Lugares, cuentas, sitios seguros en internet (18%)	<i>"Creo que algo muy positivo que se podría hacer sería poder llamar un número de teléfono porque ahí ya es más privado. Y muchas veces las personas tienen miedo de hablar frente a un grupo de personas". P: 356 - Hombre 19 a 28 años. CM rural, Aiquile, Cochabamba.</i> <i>"Que sean, digamos, o sea, casetas o lugares donde se pueda dar esa información o donde, donde se pueda adquirir o preguntar" P: 221 - Hombre 15 a 19 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz.</i>
Información en la familia (9%)	<i>"Como le digo sería más la información de los padres, porque algunos no dejan ir por ese tabú de que de que si ellos saben o se informan sobre eso, ellos se van a empezar a practicarlo" P: 230 - Hombre 15 a 18 años. Urbano, DM6, Santa Cruz.</i> <i>"Tal vez hablar con los papás. Que ellos empiecen a hablar desde pequeños sobre esto ya que los jóvenes no van porque no tienen esa suficiente información, porque en charlas en el colegio muchos estudiantes no toman atención". P: 369 - Hombre 19 a 28 años. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.</i>
Trato más amable (5%)	<i>"Hacerlo en un hospital que sea muy sensible, con profesionales que sepan guardar el debido respeto también a los sus pacientes. A veces nos tratan como niños y piensan que nosotros no sabemos" P: 336 - Hombre adulto. CM rural, Padcaya, Tarija.</i>

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Las ferias se identifican como los principales espacios para facilitar el acceso a información y destacan la combinación de distracción, entretenimiento, información e incluso el acceso a métodos anticonceptivos, como es el caso de la distribución de preservativos. Esto en contraposición al formato ya conocido de talleres o charlas que les puede resultar menos motivante. Como complementación, añaden otro tipo de actividades no tan formales y más lúdicas: teatro, juegos, actividades fuera de aula, etc.

Luego, mencionan la necesidad de crear espacios propios donde adolescentes y jóvenes puedan acceder a información y recursos sin sentirse juzgados. En este caso, un espacio propio es aquel que les reúne, ya sea de manera formal (redes de adolescentes y jóvenes) o informal (espacios deportivos, artísticos, etc.). Tanto las ferias como los espacios propios hacen referencia a mecanismos para superar las limitaciones que se manifiestan de manera recurrente como la vergüenza para acudir a los centros de salud, falta de confianza en profesoras/es, personal de salud, falta de confidencialidad o de trato amable.

En complementación a estos espacios propios, se mencionó también el trabajo de la metodología de pares, que les permitiría aprender entre ellos, aprovechar la confianza y la cercanía que se tienen: *“Cuando hay una confianza en otra persona que es joven, por ejemplo, cuando hay una confianza entre nosotros. Nos preguntamos cualquier cosa y salimos de la duda”*. P: 222 – Hombre 15 a 18 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz.

Los temas sobre lugares, cuentas, sitios seguros en internet, apuntan también a resguardar la privacidad en el momento de buscar información, por ejemplo: líneas telefónicas gratuitas, consultorios de atención diferenciada para adolescentes, casetas informativas, buzones de consulta en las unidades educativas, páginas de internet seguras y con información confiable y completa, etc.

Todas estas intervenciones ponen en evidencia la motivación e interés de AJH para informarse y tomar acciones sobre su SSR. Esa es una oportunidad para reconocerse como corresponsables para la prevención de embarazos no deseados y la protección frente a la violencia. Al mismo tiempo, reconocer la necesidad de cambios hacia el respeto a las decisiones de las mujeres sobre sus cuerpos, cambiar roles tradicionales en torno a la sexualidad que están históricamente arraigadas como las decisiones sobre cuándo tener relaciones sexuales, tomar conciencia sobre consentimiento y modificar prácticas de culpabilización a las mujeres en casos de violencia sexual que limita significativamente los movimientos, espacios y genera desigualdad hacia las AJM. La motivación e interés, los espacios y las actividades mencionadas por AJH pueden facilitar la construcción de masculinidades transformadoras que el proyecto REACH tiene previsto trabajar.

Algunas intervenciones también indicaron que tener madres o padres informados, les facilita acudir a ellos para responder sus dudas. Como complemento de estos elementos facilitadores, se puede tomar en cuenta lo que madres, padres y docentes opinan (ver Gráfico 21) para contribuir al acceso a información y servicios de adolescentes y jóvenes.

Varias respuestas que dan los grupos de familia y comunidad mujeres y hombres refieren la importancia de hablar sobre temas de SSR, pero no siempre tienen la información o las capacidades para hacerlo: *“Informar y prevenir antes también a los papás, no cuando ya ha pasado”*. P: 31 – Hombre. Rural, Tomina, Chuquisaca. Ahí la necesidad de recibir capacitación, charlas, talleres donde puedan contar con información clara, habilidades de comunicación para poder transmitir y ayudar a resolver las dudas de sus hijos e hijas.

Gráfico 21. Aspectos que contribuyen al acceso a información, servicios y atención en SSR y PfVBG, según FCM y FCH

Conversar sobre estos temas (34%)	<i>"Uno, como mamá, habla con ellos. ¿Qué es lo que quiere? O sea, ¿qué quiere de su vida ella, qué quiere en su futuro?". P: 130 - Mujer adulta. Rural, El Puente, Tarija.</i> <i>"Yo como mamá, primeramente, debo hablarle a mi hija abiertamente, hacer que ella llegue a tener confianza conmigo". P: 115 - Mujer adulta. Rural, Padcaya, Tarija.</i>
Recibir charlas, capacitación (19%)	<i>"Yo creo que debería de ser así de hablarles a las niñas, que venga una persona que ellas no conocen porque, por ejemplo, que yo le hable, la niña me va a decir, no pues esta va ir de frente a decirle a mi madre. No, mejor es que venga una persona de allá y les hable de todas esas cosas sexuales". P: 137 - Mujer adulta. Rural, Porongo, Santa Cruz.</i>
Capacitación de madres, padres (18%)	<i>"Nosotros como mamás también recibimos una capacitación, recibimos una capacitación como papás y como mamás. Recibir una información para esa información transmitir a nuestros hijos. Yo creo que en cadena se va a trabajar mejor". P: 132 - Mujer adulta. Rural, El Puente, Tarija.</i> <i>"Se tendría que hacer capacitaciones para los jóvenes mujeres y hombres y también para nosotros los papás y mamás. Tal vez algunos ni siquiera sabemos cómo ayudar a nuestros hijos, no sabemos de esos temas, aquí en el campo". P: 313 - Hombre adulto. Rural, Tomina, Chuquisaca.</i>
Información en las unidades educativas (12%)	<i>"Eso sería lo ideal, porque que vengan a la unidad educativa con todos estos métodos anticonceptivos, a veces los directores son un poco cerrados que no dejan". P: 155 - Mujer adulta. Urbano, DM6, Santa Cruz.</i>
Rechazo a abordar el tema	<i>"Varios papás que todavía son reacios, no sé si por temor o miedo, etc. a qué les llegue estas charlas a estudiantes. A veces, cuesta un poquito soltar los permisos". P: 325 - Hombre adulto. CM rural, Porongo, Santa Cruz.</i>

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

En la información recogida se reconoce que el tratamiento de la temática de SSR en la familia no solo depende del conocimiento, sino también de habilidades que necesitan ser desarrolladas en hombres y mujeres.

Para tener una comprensión amplia de los temas de acceso, también se tomó en cuenta la perspectiva de representantes de organizaciones sociales (Gráfico 22). Los resultados resaltan otros aspectos que no necesariamente coinciden con los mencionados previamente por adolescentes, jóvenes, familias y comunidad: la participación de jóvenes en las organizaciones, la predisposición de dirigentes o dirigentes para apoyar en actividades o difusión de información, la coordinación con instituciones públicas y privadas para canalizar proyectos y la creación de centros que se ocupen de las temáticas de SSR. Esto se puede constatar en las citas siguientes:

Gráfico 22. Aspectos que contribuyen al acceso a información, según representantes de OS

Capacitarnos e informar a AJM y AJH (20%)	"Recibir más de estos talleres educativos para informar, captar más información, todo para poder informar". P: 1 - Mujer adulta. Rural, Padcaya, Tarija.
Centros/lugares especializados (20%)	"Nos gustaría a nosotros que especialmente para eso hubiera, si se pudiera llamar centro (...) un lugar donde usted pueda ir, donde me pueden asesorar o me pueden decir". P: 3 - Mujer adulta. Urbano, DM6, Santa Cruz.
Predisposición (20%)	"Nosotras podemos instruir a todos los que viven en las comunidades sobre lo que hay que hacer para evitar los embarazos a temprana edad. Podríamos ayudar nosotras y también en los sindicatos si a nosotros primero nos capacitan". P: 8 - Mujer adulta. Rural, Aiquile, Cochabamba.
Coordinar con instituciones públicas y privadas (20%)	"Tratar de hacer las ferias, llegar a las unidades educativas con las mismas ferias o programas de educación con apoyo de cada centro de salud y elaborarlas". P: 5 - Mujer adulta. CM rural, El Torno, Santa Cruz.
Promover participación de jóvenes (13%)	"Aunque no estén afiliados, que los inviten a las reuniones, porque en la comunidad dicen, si no está afiliado a que viene, y eso no está bien, los jóvenes van algunos junto con sus papás. Si les convocan los jóvenes vienen". P: 2 - Mujer adulta. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

En el caso de los centros mencionados, se refieren a un lugar por fuera del sistema de salud, pues la dirigente considera que en los centros de salud hay mucha burocracia y no resuelven rápidamente las consultas. Algunas personas también hablaron sobre la posibilidad de capacitarse e informar a las/os adolescentes y jóvenes y apoyar la organización de jóvenes. Las respuestas de dirigentes/es de OS se refieren a adolescentes y jóvenes en general, no mencionan de forma diferenciada por género.

Resalta la voluntad de madres, padres, líderes y lideresas para capacitarse y contribuir a una mayor participación de adolescentes y jóvenes en espacios de diálogo y decisión en las comunidades, de reconocer sus voces y propuestas para construir nuevas memorias y caminos que desafíen las relaciones de poder tradicionales y resuelvan los problemas relacionados a SDSR y PfVBG. Hay voluntad de construir alianzas, promover nuevos liderazgos que sean inclusivos e intergeneracionales, lo que abre posibilidades para construir conjuntamente entornos saludables y rutas de prevención y atención de VBG y VSBG.

Otras sugerencias que se identifican de la información recolectada revelan factores facilitadores vinculados a la difusión de información y capacitación sobre prevención de violencia, la promoción de relaciones respetuosas, de confianza y facilitar apoyo de la comunidad en caso de que se enfrenten a estos casos: "Como comunidad, tenemos que armar, digamos, tal vez un SLIM o una red dentro de la comunidad. Donde, aquellas niñas o niños adolescentes, que sufran algún tipo de violencia o sientan amenaza de algo, entonces puedan acudir". P: 127 – Mujer. Rural, Villa Serrano, Chuquisaca. Esto indican en un grupo focal realizado en una comunidad rural que no cuenta con SLIM y la red comunitaria puede ser una alternativa para prevenir o canalizar casos de violencia. Tomando en cuenta las competencias que establece la Ley 348, este tipo de red puede ser vital para la difusión de información de prevención para VBG y VSBG.

Con todo lo mencionado, en la mayoría de los casos se observa predisposición de diferentes actores para apoyar el desarrollo de acciones que pueden facilitar el acceso de AJM y AJH a información y servicios de SSR. Esto valida las acciones del proyecto para fortalecer

capacidades en madres, padres o docentes como condición para que ese acceso esté libre de sesgos de género y mitos vinculados a la sexualidad; además de abrir oportunidades de participación en espacios de decisión donde adolescentes y jóvenes pueden hacer escuchar su voz. Es importante que estas acciones tengan como punto de partida la voluntad y apertura de madres, padres y dirigentes para conocer más sobre SSR de adolescentes, pero también deconstruir las ideas y creencias que han manifestado desde un enfoque de despatriarcalización.

La despatriarcalización, en tanto enfoque, lleva al análisis de cómo afecta el patriarcado y las relaciones de poder que éste impone, a las adolescentes y jóvenes, limitando sus posibilidades de tomar decisiones sobre su cuerpo. Como se observa en las citas mencionadas previamente, la constatación de que madres, padres y profesoras/es afirmen que el acceso a MAC promueve una vida sexual activa irresponsable, es una forma de control de los cuerpos. Otro ejemplo explícito del patriarcado es la culpabilización a las adolescentes y jóvenes que han sufrido violencia sexual, que las revictimiza, les quita validez a su denuncia y el poder sobre sus vidas; mientras que deslinda de responsabilidad a los agresores, dándoles aún más poder para seguir agrediendo. En ambos ejemplos hay una agresión física al cuerpo de las mujeres como su primer territorio, se afecta la memoria en esos cuerpos marcándolos con la violencia, su espacio porque se les limita a explorarse, afectan su movimiento definiendo espacios donde no debería estar y sus tiempos marcándoles un destino como inevitable.

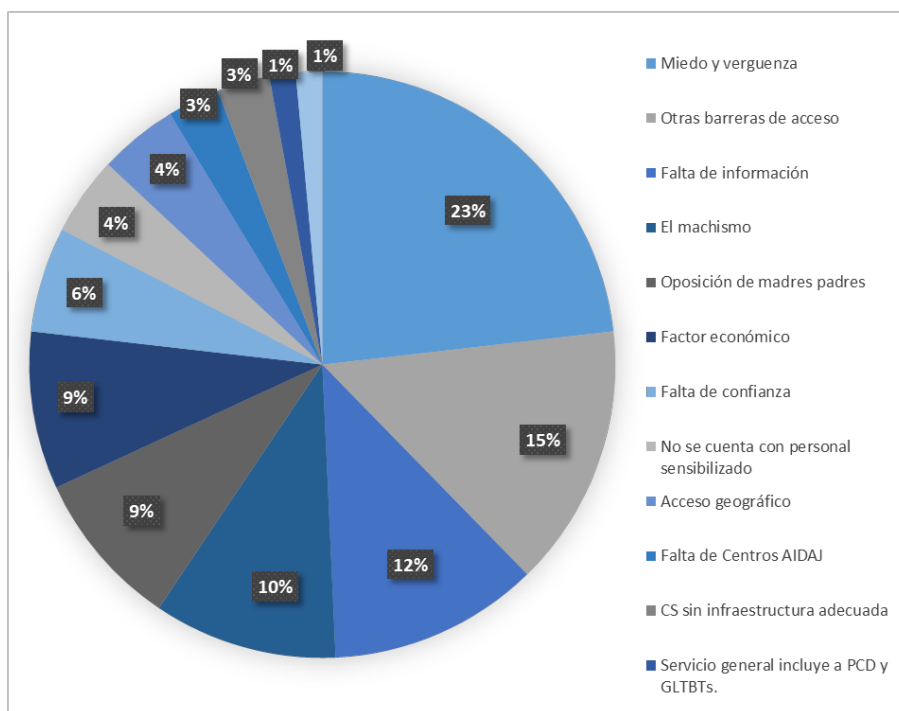
7.2.6. Barreras de adolescentes y jóvenes mujeres para acceder a los servicios SSR y de PfV.

En el Gráfico 23 se muestra que las barreras que identifican prestadoras/es de servicios están relacionadas frecuentemente con temas socio-culturales, económicos y de infraestructura. En el primer caso, se menciona la vergüenza o temor de AJM para ir a los servicios de SSR o PfVBG (23%): *“Yo pienso que más es el temor, vergüenza de ir a un servicio, pedir información”. P: 11 – Hombre adulto, CM rural, Padcaya.* Este aspecto refuerza lo expresado por las mismas AJM y AJH quienes manifiestan efectivamente la vergüenza o miedo a ser señaladas, juzgadas o rechazadas de ser atendidas en los servicios. Las/os prestadoras/es también exponen el machismo y los casos de madres y padres de familia que no aceptan que se brinde información o servicios a adolescentes (22% sumando ambos aspectos) como una barrera para el acceso: *“El hecho de proporcionarles (anticonceptivos) me parece que debería dejarlos ya cuando ya sean mayores de edad, no así cuando estén jóvenes o señoritas”. P: 285 – Hombre adulto. Rural, Villa Serrano.* Estas expresiones tienen su origen en normas sociales adultocentristas que son reiterativas en el discurso de familias y comunidades.

Un aspecto cultural presente en prestadoras/es es la falta de información que se brinda a AJM sobre los servicios (12%), que el personal de los servicios todavía no ha establecido una cultura amigable y respetuosa de la confidencialidad con ellas (6%) o que no está sensibilizado para atenderlas (4%):

“El año pasado solamente tuvimos una vez, que la doctora que atendió a una adolescente no ha sido discreta con la información. La adolescente se ha sentido un momento, como burla, la doctora ha hecho esto y no me pareció, nos dijo. Pero mayormente, no ha sido maltrato como tal, sino ha sido que ha hablado con las amigas, acerca de eso, nada más” P: 13 – Hombre adulto. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

Gráfico 23. Barreras de acceso de AJM, según prestadoras/es de servicios



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Es importante destacar que la falta de confidencialidad que resta confianza de AJM para acudir a los servicios fue reconocida por prestadoras/es de servicios, pero también es una barrera que salió en los grupos de AJM (Resultado 7.2.7. Gráfico 19).

Por otro lado, las barreras económicas (4,6%) refieren que las y los adolescentes no cuentan con recursos para cubrir algunos costos, principalmente de transporte, ya sea para acudir a servicios de salud (donde, además, tienen que comprar sus insumos en farmacias cuando los centros de salud están desabastecidos) o para hacer denuncias en los casos de violencia: *“Tampoco tienen las condiciones económicas como para que ellos puedan constituirse a una Policía, una Fiscalía para que ellos puedan denunciar, ellos están sometidos netamente a la autoridad materna o en su defecto a la autoridad paterna”*. P: 18 – Hombre adulto. Urbano, DM6, Santa Cruz.

Finalmente, hay referencias a aspectos de infraestructura, como la falta de consultorios en los centros de salud y de acceso geográfico por la distancia a los servicios.

“Pero la cuestión es que también la infraestructura acá es pequeña. Son tres consultorios, del cual, pues la mayoría de los tres consultorios se ocupa con ficha más que todo de adultos mayores de 60, embarazadas y niños, y casi no vienen le cuento a la consulta adolescentes” P: 10 – Hombre adulto. Urbano, DM6, Santa Cruz.

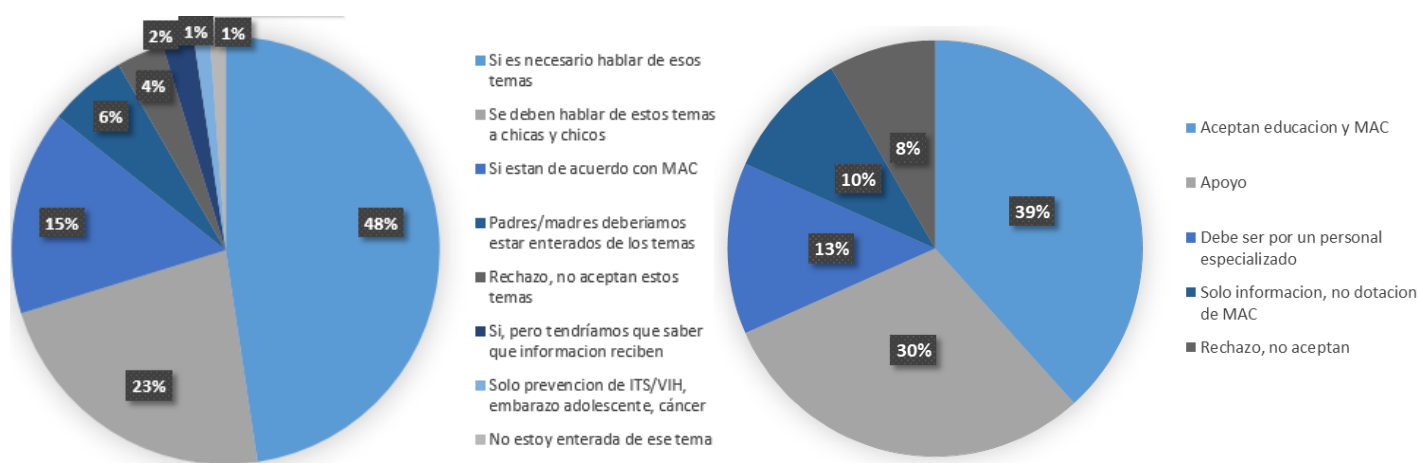
Los tres tipos de barrera que mencionan las/os prestadoras/es de servicios tienen como causa subyacente la cultura patriarcal que tiene como referencia el hombre blanco, adulto, heterosexual, educado y con poder. El adultocentrismo es parte de este modelo, por lo tanto, reproduce estereotipos y prejuicios que tienen como finalidad ejercer poder sobre adolescentes y jóvenes. Al negar la posibilidad de tener información y servicios, no pueden ejercer sus derechos, pierden poder y no participan en espacios de decisión. El ejercicio de poder se manifiesta, en este caso, en los servicios de SSR y protección a la VBG y VSBG con un

personal que restringe el acceso y, en última instancia, falta en el cumplimiento de su misión que es brindar un servicio, garantizar la salud y la seguridad de adolescentes y jóvenes.

En contraste con la resistencia que identifican prestadoras/es de servicios, en los grupos de madres, padres, maestras/os o líderes de la comunidad, éstos manifiestan su apoyo, mencionando que es necesario (48%) y se debe hablar (23) de los temas de SSR con AJM y solo algunas opiniones están en contra (4%) (Gráfico 24).

Gráfico 24. Opiniones de FCM y FCH sobre EIS en escuelas y servicios en SSR para AJM

Gráfico 25. Opiniones de FCM y FCH sobre información y recursos para uso de MAC por AJM



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

El análisis cruzado indica que el rechazo abierto a que se hable de estos temas con AJM se presenta más en el acceso a recursos para uso de MAC (Gráfico 25); sin embargo, hay un importante grupo que no ha respondido: 60 personas respondieron esa pregunta en comparación con las 84 personas que dieron su opinión sobre la información en general de EIS y servicios de SSR. Por esta razón, es importante considerar la información obtenida en otras preguntas donde se cuenta con más datos sobre el rechazo de madres, padres y profesoras/es hacia el acceso a MAC; vale decir, las respuestas sobre quienes se oponen a estos temas y las respuestas de prestadoras/es de servicios sobre barreras en la comunidad:

“Tiene que tener, como decir, hijos por montón. Y hablar de sexo en esa religión no está bien para ellos. No puedes tener ni relaciones sexuales”. P: 303 – Hombre adulto. Rural, Padcaya, Tarija.

Como parte de las normas sociales, se rescatan ideas y creencias profundamente arraigadas sobre la sexualidad de adolescentes y jóvenes que requieren ser revisadas:

“Entonces, lo van a utilizar de mala forma, de mala manera. Estaríamos dándoles, digamos, rienda suelta a lo que ellos puedan hacer lo que se les dé la gana”. P: 127 – Mujer adulta. Rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

“Pero el problema que tenemos es que los métodos anticonceptivos, en su mayoría, no son seguros. Por ejemplo, usan el condón que es en un 93 % o 94% seguro (...) Entonces nosotros damos información y no hay método que sea al 100% seguro a excepción de la abstención (...) Cuando ellos están en tercero, cuarto, quinto, recién irle dando los otros métodos, pero que ellos conozcan que no hay método seguro”. P: 118 – Mujer adulta. Rural, Padcaya, Tarija

“No estuviera yo muy de acuerdo que les den así, anticonceptivos, eso a temprana edad al menos. Porque hay casos que, a veces, ya usan ellos a temprana edad y quedan estéril”. P130 – Mujer adulta. Rural, El Puente, Tarija.

“Las tradiciones hacen mucho. Que una muchacha no puede tener relaciones sexuales o no puede usar esos métodos porque tiene que llegar pura al altar. Esas tradiciones”. P: 140 – Mujer adulta. Rural, Porongo, Santa Cruz.

Esas ideas y creencias dan cuenta que hay padres y madres que todavía no aceptan que estos temas se aborden en las escuelas ni en los servicios, lo que impacta en las posibilidades de desarrollar acciones de información, capacitación y provisión de MAC. Aunque no ha salido abiertamente en el estudio, esta oposición a facilitar el acceso a adolescentes y jóvenes puede estar vinculada a la desinformación intencional que vienen desarrollando algunos grupos antiderechos a través de iglesias y redes sociales. Se puede advertir comentarios vinculados a mensajes antiderechos como que la educación sexual no la da el colegio sino los padres y otro en contra de las diversidades sexuales:

“Siempre hay una limitante para hablar de esta situación, inclusive hasta algún profesor ha dicho a Plan Internacional que de la sexualidad no se toca, porque es muy íntimo y personal”. P: 295 – Hombre adulto. CM rural, Aiquile, Cochabamba.

“La iglesia te enseña lo que es, lo correcto. Hombre y mujer, no? Y no hay más. Por qué es así. Porque una mujer no va a poder tener aparato de un hombre así se opere”. P: 345 – Hombre 19 a 28 años. Urbano, DM6, Santa Cruz.

Las barreras que se identifican en madres, padres, maestras/os y líderes de la comunidad revelan que los prejuicios y estereotipos hacia las/os adolescentes y jóvenes todavía están vigentes y reproducen discursos y posiciones tradicionales. Estas barreras limitan la posibilidad de moverse hacia la búsqueda de espacios y personas que pueden brindarles servicios en SSR y protección; refuerzan inseguridad, vergüenza y miedo en AJM; postergan el ejercicio de la SDSR y la inclusión a la vida adulta (a pesar de reconocer la problemática del embarazo adolescente) y naturalizan la responsabilidad a las madres para tratar estos temas con las hijas como extensión de su rol materno. Además, son un argumento más para que esos servicios no desarrollen un trabajo que tampoco está priorizado (ver Resultado 7.5.1.)

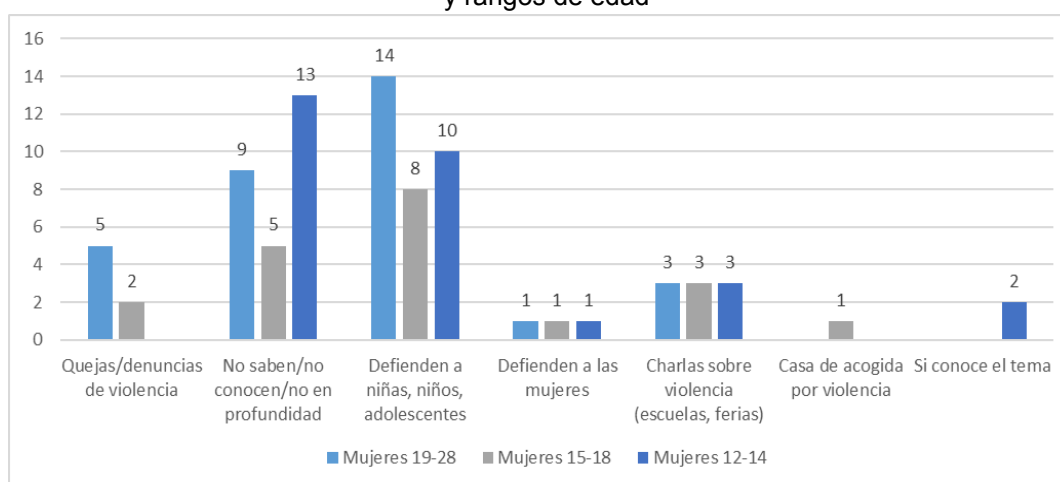
La diferencia en entre las opiniones a favor y en contra de tratar temas de SSR puede ser una oportunidad en el proyecto para fortalecer capacidades, dar información y abrir espacios de diálogo con todos los actores y actoras involucradas y así abordar el principal tema de rechazo que es la provisión de MAC a AJM. Desde el enfoque de despatriarcalización implicaría entretener todos estos cuestionamientos, problematizar con integrantes de la familia y la comunidad cada barrera identificada en el estudio, cada sesgo, cada prejuicio, cada violencia que se ejerce sobre las adolescentes y jóvenes mujeres que tiene como fin el control sobre sus cuerpos, la imposición de los roles tradicionales, los mandatos de género, subordinación al poder de la familia o líderes de la comunidad, etc. Se sugiere tener una mirada holística y crítica para aplicar el enfoque de despatriarcalización: en los diálogos con AJM, AJH y con la comunidad hay que discutir/analizar la base patriarcal que se configura de manera particular en cada territorio sobre la que se sostienen las barreras de acceso a la SSR, la PfVBG y la PfVS.

7.2.7. Conocimiento sobre servicios que brindan el SLIM y la DNA.

Esta información se recogió específicamente de adolescentes y jóvenes mujeres ya que está relacionada con el conocimiento previo que necesitan para ejercer su derecho a la atención o denuncia en caso de estar en una situación de violencia basada en género. También es importante en este caso identificar diferencias según las edades de las mujeres, ya que las adolescentes de 12 a 14 años pueden estar en una situación de mayor vulnerabilidad, si tienen menos conocimiento de qué tipo de apoyo pueden recibir en estos servicios o dónde están ubicados.

Los resultados (Gráfico 26) muestran que hay más conocimiento de los servicios que brindan las DNA como servicios de defensa y protección de niñas, niños y adolescentes, en comparación con los SLIMs, que conocen menos.

Gráfico 26. Conocimiento de los servicios de DNA y SLIM, según AJM y rangos de edad



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

También se puede ver que hay una diferencia entre las jóvenes de 19 a 28 años que tienen mayor conocimiento sobre los servicios de las DNA, frente a las adolescentes de 12 a 14 años que no conocen, no saben o no en profundidad.

“Aquí la verdad yo no sé. Un poco más conocido sería, la Defensoría del Niño, Niña y Adolescente, pero no sabría decir donde está”. P: 178 – Mujer 19 a 28 años. CM rural, Padcaya, Tarija.

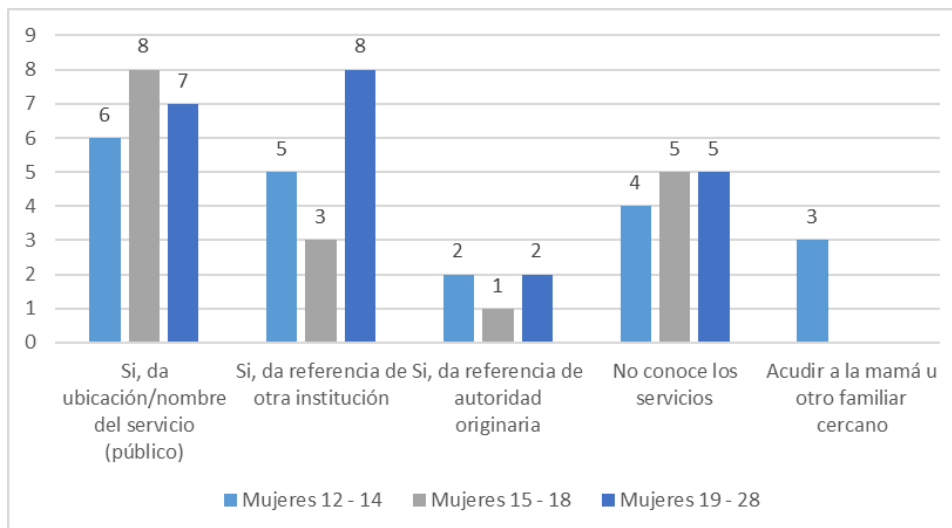
“He escuchado del SLIM, pero no sé exactamente qué hacen. Creo que ayudan a mujeres que sufren violencia, pero no sé cómo se puede acceder a ellos”. P: 187 – Mujer 19 a 28 años. CM rural, Porongo, Santa Cruz.

“Por ejemplo, acudimos a la Defensoría y decimos que me ha pegado, me ha abofeteado. Ya no tiene voz ni voto para poder levantar la mano o gritarnos”. P: 81 – Mujer 12 a 14 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz.

Sobre el conocimiento de dónde están ubicados estos servicios (Gráfico 27), se puede observar que más de la mitad (55%) pueden dar referencias de una institución pública o privada donde pueden acudir. En el primer caso mencionan específicamente las DNA, la Policía y otras de manera general a la Alcaldía (donde usualmente están ubicadas las Defensorías y el SLIM) y en un caso se mencionó el hospital y el SEDUCA. Sobre las instituciones privadas, en Santa Cruz

se menciona varias veces a la Casa de la Mujer y hubo una referencia a las redes sociales como un espacio de denuncia de violencia contra las mujeres. Una intervención destacó el desconocimiento de un lugar de denuncia para personas con discapacidad o LGBTI.

Gráfico 27. Conocimiento de AJM sobre dónde acudir en caso de VBG



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Por último, un tema que es importante reflejar es el de los secuestros o personas desaparecidas. Esto surgió en algunas intervenciones de adolescentes mujeres tanto en Tarija como en Santa Cruz, por lo que puede ser un tema para tomar en cuenta: *“Hay Defensoría, debe ser esto también, de secuestros y van y dicen, mi hija ha desaparecido y no la encontramos. Para eso también, defienden a niños niñas y adolescentes”*. P: 258 – *Mujer. Rural, El Puente, Tarija*.

Aunque no se exploró en profundidad en este estudio, esto puede estar relacionado con temas de trata y tráfico de personas, pues se lo menciona como parte de la inseguridad ciudadana en los territorios.

A partir de la información presentada, hay adolescentes y jóvenes que no ubican o no saben a dónde acudir cuando se presenta un caso de violencia lo que se convierte en una barrera para ejercer su derecho a recibir protección, a conseguir servicios y redes de apoyo en sus comunidades, limita su capacidad de agencia para resolver este tipo de problemas. Todo esto profundiza las desigualdades de género, edad, origen étnico, diversidad de género y sexual, ya que sujeta a las AJM a situaciones de violencia que afectan su seguridad física, psicológica y económica, que escalan con el tiempo y amenazan sus vidas.

Lo expuesto previamente, se puede tomar como una oportunidad para que el proyecto REACH refuerce la difusión de información sobre los derechos a la protección y a una vida libre de violencia para AJM, fortalecer su autoestima y brindar información sobre los servicios que están a disposición, así como la ubicación de los mismos. Paralelamente, fortalecer las capacidades de los servicios para una respuesta eficiente y con la debida diligencia, según lo indica la normativa vigente, de modo que garanticen el cumplimiento de los derechos de AJM.

Recomendaciones operativas:

Tabla 6: Recomendaciones operativas - Acceso y control de recursos

Resultado intermedio 1100: Agencia fortalecida de las AJM para ejercer su SDSR, en particular de aquellas en situación de vulnerabilidad.
Resultado inmediato 1120: Habilidades para la vida transformadoras de género y conocimientos sobre SDSR mejorados, incluyendo la VSBG y servicios relacionados para adolescentes y jóvenes.
Producto 1121: Formación en habilidades para la vida transformadoras de género y SDSR, incluida la VSBG, proporcionada a adolescentes y jóvenes de organizaciones juveniles de la comunidad, e impartida por educadoras y educadores pares a nivel comunitario. • Desarrollar una metodología feminista que aplique el enfoque de despatriarcalización para desarrollar posiciones críticas y cuestionadoras de las relaciones de poder que viven las AJM en el ejercicio de su SDSR y se incluya en la capacitación de formadoras/es, como complementación al desarrollo de materiales y herramientas pedagógicas. Incluir contenidos que aborden sus derechos en el acceso a servicios y cómo exigir una atención adecuada. • Fortalecer módulos de formación con contenidos diferenciados sobre SDSR según edad, sexo y territorio, incorporando temas como: menstruación, prevención de violencia, consentimiento, acceso a la ILE, derechos, autocuidado y prevención de cáncer en mujeres, adaptados a las realidades de vida de las AJM. Además de trabajar en esos conocimientos, también incluir el desarrollo de habilidades de confianza, autoestima y liderazgo, gestión de emociones y gestión de conflictos. • Incluir el tema de violencia y seguridad digital como parte de la protección frente a la violencia, para que las AJM conozcan los riesgos, desinformación, impactos, medidas de prevención e identificación de sitios seguros para hacer consultas sobre SSR y habilidades para evaluar la calidad de la información en redes sociales e internet. • Incluir en las capacitaciones con adolescentes contenidos prácticos sobre acceso a los servicios de salud y protección, cómo exigir una atención adecuada e identificar servicios seguros y accesibles, ubicación y funciones de los servicios. Para los casos de violencia, identificar cómo activar rutas de denuncia o acompañamiento y crear materiales visuales (mapas comunitarios, simulaciones y guías ilustradas para facilitar esta información, especialmente para adolescentes de 12 a 14 años). • Diseñar y desarrollar sesiones educativas en SSR que integren metodologías lúdicas, creativas y participativas (teatro, juegos, ferias, actividades artísticas), adaptadas a intereses de adolescentes y en espacios de confianza.
Resultado inmediato 1130: Capacidad mejorada de las familias y las comunidades para apoyar la SDSR de las y los adolescentes y jóvenes, en particular de las AJM.
Producto 1131: Sensibilización a nivel comunitario sobre la SDSR, incluida la EIS y los mecanismos de apoyo para las AJM. • Capacitar en habilidades de diálogo de madres, padres y dirigentes de la comunidad utilizando el enfoque de comunicación no violenta que les permita abordar temas de SSR y EIS con las y los adolescentes, analizar conjuntamente las opciones frente a las necesidades de cada realidad y

brindar información clara y pertinente para apoyar en la toma de decisiones en favor de un plan de vida a largo plazo. • Sensibilizar a madres, padres y maestras/os para romper resistencias, abordar prejuicios, estigmatización y rechazo a que se provea a AJM de recursos para MAC, dar información precisa sobre la seguridad de los MAM y la importancia de su uso en la prevención de embarazos adolescentes. • Realizar campañas mediáticas en fechas emblemáticas para sensibilizar a la población sobre la ILE como parte de la SDSR de las AJM y los impactos sobre la reproducción de la cultura del silencio y la violación.
Producto 1132: Formación sobre masculinidades transformadoras (MT) dirigida a los miembros masculinos de las familias de las AJM, así como a los miembros masculinos de la comunidad. • Sensibilizar a padres para asumir responsabilidad compartida en la educación en sexualidad con hijas e hijos en el hogar, fortaleciendo habilidades de diálogo, generación de confianza y técnicas para abordar los temas de SSR y prevención de embarazos adolescentes sin prejuicios, estereotipos de género ni violencia.
Resultado intermedio 1200: Mejorada la prestación de servicios de Salud Sexual Reproductiva (SSR) inclusivos y que respondan al género y a la edad por parte del sistema de salud, incluyendo servicios que respondan a las sobrevivientes de violencia sexual basada en género (VSBG).
Resultado inmediato 1210: Capacidad mejorada del personal de salud para prestar servicios de SSR de calidad, inclusivos y que responden al género y a la edad.
Producto 1211: Personal de salud formado en la prestación de servicios de SSR, incluida la VSBG. • Fortalecer la formación del personal de salud y protección en habilidades relacionales con adolescentes, haciendo énfasis en la confidencialidad, la empatía y el respeto por la diversidad de género, diversidad de género y sexual, discapacidad y origen étnico. Incluir módulos específicos sobre atención diferenciada, idiomas locales donde corresponda e incorporar herramientas prácticas para mejorar el trato y la empatía hacia adolescentes, como parte de la calidad de atención con enfoque de género. • Sensibilización del personal de salud, educación y de farmacias sobre el derecho de las/os adolescentes y jóvenes a acceder a anticonceptivos sin ser juzgadas.
Resultado inmediato 1220: Mejorada la disponibilidad de servicios e instalaciones de SSR de calidad para adolescentes y jóvenes, especialmente para AJM.
Producto 1222: Apoyo técnico y material proporcionado para modalidades alternativas de prestación de servicios de SSR, incluidas unidades móviles. • Incorporar el enfoque de menstruación consciente para el cuidado e higiene menstrual integral, principalmente en áreas rurales alejadas. Este enfoque incluye trabajar factores físicos, emocionales y busca alternativas sostenibles como copas menstruales y/o elaboración de compresas de tela. Esta es una solución sostenible y a largo plazo para la provisión de insumos de higiene menstrual. • Contar con un sistema de fichas y horarios específicos para adolescentes, en los centros de salud, de modo que ellas y ellos no queden expuestos con el resto de usuarias/os al hacer filas o solicitar atención.
Resultado inmediato 1230: Mejoradas las vías verticales y horizontales de derivación de casos de SSR, incluidos los casos de sobrevivientes de VSBG.
Producto 1232: Sistema de vigilancia de la SSR basado en la comunidad (SVEC) implementado junto con los establecimientos de salud destinatarios. • Co-construir rutas de atención locales entre AJM, madres, padres y líderes/as de la comunidad para atención de casos de VBG y VSBG, incluyendo números de contacto de

instituciones/organizaciones de la zona que apoyan y dan servicios para protección y atención inmediata en casos de VBG y VSBG. Promover mecanismos accesibles y confiables para la denuncia y el seguimiento de estos casos. • Incluir criterios de inclusión y accesibilidad en el fortalecimiento de rutas de derivación y vigilancia comunitaria, articulando con servicios formales de salud, protección y justicia para asegurar que adolescentes en situación de mayor vulnerabilidad tengan acceso a atención segura, rápida y oportuna. • Incluir componentes de monitoreo comunitario sobre calidad del trato en servicios de SSR y de protección, integrando indicadores de confidencialidad, no discriminación y satisfacción de usuarias/os adolescentes. • Articular al personal de salud con el sistema de protección (DNA y SLIM) para asegurar rutas de atención integradas y que el personal pueda brindar orientación oportuna sobre a dónde acudir en casos de VBG y VSBG. Diseñar rutas gráficas de atención y derivación disponibles en centros de salud y unidades educativas. • Desarrollar o actualizar protocolos locales de atención en casos de ILE, integrando a SLIM, DNA y centros de salud, y garantizando el enfoque de confidencialidad, respeto y no discriminación.
Resultado intermedio 1300: Mayor capacidad de respuesta de los mecanismos de gobernanza de la salud y la educación a las necesidades en SDSR y Protección de adolescentes y jóvenes, especialmente de las AJM.
Resultado inmediato 1310: Redes multisectoriales fortalecidas y mecanismos público-privados de apoyo a la SDSR de adolescentes y jóvenes, incluyendo para sobrevivientes de VSBG.
Producto 1311: Apoyo a las redes multisectoriales para mejorar la coordinación y la acción colectiva en el ámbito de la SDSR de adolescentes y jóvenes a nivel comunitario, municipal y departamental. • Elaborar conjuntamente entre servicios de protección, salud, educación, organizaciones de jóvenes y sociales protocolos y rutas de atención locales para la atención de casos de VBG y VSBG hacia personas con discapacidad y de diversidades sexuales y de género, que luego sean difundidas en la comunidad y monitoreadas a través de los mecanismos público-privados con participación de AJM. • Diseñar campañas intersectoriales y multimedios de difusión en coordinación con gobiernos municipales, unidades educativas, servicios de salud y organizaciones comunitarias para visibilizar el rol del SLIM y la DNA. Las campañas deben ser accesibles, contextualizadas y dirigidas especialmente a adolescentes de 12 a 14 años; deben, además, mencionar los tipos de servicios que se ofrecen, la forma y condiciones en las que se los provee resaltando el respeto a la privacidad y confidencialidad. • Difundir los números de ayuda para casos de atención y denuncia. Verificar previamente que los números estén vigentes, respondan a las llamadas, den información de calidad y que haya una coordinación del proyecto con las instituciones que están a cargo de las líneas³.
Resultado inmediato 1320: Habilidad incrementada de las organizaciones de base dirigidas por mujeres y jóvenes en toda su diversidad para participar en los espacios institucionales de toma de decisiones, abogar por y monitorear el progreso de la SDSR de adolescentes y jóvenes.
Producto 1321: Miembros de organizaciones de base lideradas por mujeres y jóvenes formadas en liderazgo, participación, rendición de cuentas e incidencia basada en evidencia, con un enfoque inclusivo que responde al género y a la edad. • Incluir formación sobre alfabetización digital, producción de contenidos y evaluación de fuentes en los procesos de fortalecimiento de capacidades para organizaciones juveniles. Promover el uso de

³ Además de las líneas oficiales que son la 800 14 0348 y la 156 a nivel municipal, se pueden identificar líneas locales de los SLIMs, Defensorías y de la Policía para facilitar el acceso a la información, el apoyo y protección inmediata. Adicionalmente hay otras líneas a nivel nacional que pueden explorarse, como la línea Mujer Segura 800 10 2414 de ProMujer y Familia Segura de UNICEF 77797677.

redes sociales como herramienta de incidencia y sensibilización, priorizando mensajes basados en evidencia y adaptados a adolescentes.
Resultado inmediato 1330: Incrementada la disponibilidad de data y productos de conocimiento de calidad sobre la SCSR de adolescentes y jóvenes para la incidencia basada en evidencia y la toma de decisiones y gobernanza en salud por parte de los garantes de derecho.
Producto 1331: Mejores prácticas y resultados del Proyecto documentados y compartidos entre las comunidades, los proveedores de salud y educación, los garantes de derechos y las partes interesadas. • Sistematizar buenas prácticas del proyecto sobre acceso a información de calidad en contextos rurales y urbanos, para generar evidencia sobre los mecanismos que mejor funcionan en cada zona. Integrar estas lecciones en las estrategias de comunicación e incidencia local. • Sistematizar experiencias exitosas de participación juvenil en ferias, redes, espacios comunitarios o metodologías de pares, para su réplica e institucionalización en instancias públicas.
Producto 1332: Investigaciones sobre la aplicación y el impacto de la EIS, violencia sexual e inicio temprano de las relaciones sexuales en adolescentes, realizadas y difundidas. • Tomar en cuenta las buenas prácticas de buen trato de profesoras/es para difundir en otras escuelas y otros territorios. • Incorporar los hallazgos de las investigaciones participativas y la generación de evidencia local sobre barreras en el acceso a SSR, como base para la toma de decisiones a nivel comunitario y municipal.

7.3. Participación y toma de decisiones

7.3.1. Barreras que experimentan las adolescentes y jóvenes mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo y su sexualidad

La participación activa de adolescentes y jóvenes, especialmente mujeres, en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, está relacionada con el empoderamiento y la autonomía de las AJM, ya que les permite ejercer sus derechos, fortalecer su autoestima y desarrollar habilidades para tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su futuro.

“En el entorno, vas a salir juzgada te van a decir cosas, pero más allá de eso, creo que tampoco te tiene que importar una opinión de los demás, sino lo que vos pienses, lo que vos digas y lo que vos quieras hacer.” P: 255 - AJM 15 a 18 años. Rural CM, Villa Serrano, Chuquisaca.

La participante admite la existencia de un entorno que juzga, sin embargo, enfatiza en la importancia de expresar sus propios pensamientos, de su opinión y de sus decisiones para actuar, en ejercicio de su autonomía.

Su participación en espacios institucionales, incide en la mejora en el acceso y calidad de los servicios de salud y educación, ya que cuando adolescentes y jóvenes mujeres y hombres en todas sus diversidades; con discapacidad, indígenas, LGBTIQ+, son parte de la planificación y evaluación de políticas y programas, estos se orientan y pueden crearse servicios más accesibles, inclusivos y adaptados a sus necesidades, reduciendo barreras como la discriminación, el estigma y la falta de información. Al expresar sus necesidades y participar de las decisiones en sus comunidades y sus organizaciones, contribuyen a la prevención de embarazos adolescentes y la violencia de género, a través del acceso a información y proyectos adecuados para adolescentes y jóvenes, promoviendo relaciones más equitativas y seguras.

Como parte de la investigación sobre Igualdad de Género e Inclusión encomendada por Plan Internacional y en el marco de su política despatriarcalizadora, se presentan los resultados que corresponden a la categoría de participación y toma de decisiones.

7.3.2. Barreras que experimentan las adolescentes y jóvenes mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo y su sexualidad

La información que se analizará ha sido recogida de adolescentes y jóvenes mujeres, representantes de organizaciones sociales y prestadoras/es de servicios según su rol en la reproducción de las relaciones de género.

Las adolescentes, jóvenes mujeres, identifican entre las principales barreras para tomar decisiones sobre su sexualidad el rechazo de estos temas (23,9%), no se sienten con derechos, no reclaman (16,4%), creen que no pueden tomar decisiones (13,4%). A su vez, representantes de organizaciones sociales (41,2%) y prestadoras/es de servicios (22%), sostienen conjuntamente, que la primera barrera es el adultocentrismo, luego, la falta de información, y también ambos sostienen el miedo y normas sociales de silencio, vergüenza y timidez de las adolescentes y jóvenes, como muestra el Gráfico 28 a continuación.

Gráfico 28. Barreras para tomar decisiones sobre su cuerpo, sexualidad, vida reproductiva y PfVBG, según AJM, OS y prestadoras/es de servicios



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Según los resultados que muestra el Gráfico 28, las AJM identifican barreras que restringen sus decisiones; el rechazo de estos temas (23.9%) limita sus oportunidades para el acceso a información responsable, no se sienten con derechos, no reclaman (16.4%), creen que no pueden tomar decisiones, son efectos de la falta de información, de oportunidades y expresan una autoestima afectada por los mensajes de desvaloración de la potencialidad de las contribuciones con su participación y que tienen como sustento la asignación de roles

tradicionales que la destinan al espacio doméstico, mientras que los roles culturalmente definidos, asignan el espacio público a los hombres, como señalan los resultados 7.1.1.

“Creo que aquí las mujeres tienen miedo a hablar y se quedan calladas. Uno por vergüenza, otro por miedo”. P: 255 - Mujer 15 a 18 años. Rural, Tomina, Chuquisaca.

La evidencia expresa que el silencio de las AJM, quedarse calladas, es efecto de la vergüenza y el miedo que refleja una baja autoestima que limita su participación.

Representantes de organizaciones sociales (41,2%) y prestadoras/es de servicios (22%), sostienen conjuntamente, que la primera barrera es el adultocentrismo, luego, la falta de información, y también ambos sostienen el miedo y normas sociales de silencio, vergüenza y timidez de las adolescentes y jóvenes mujeres.

“Dicen que es menor de edad y no puede venir, no puede participar, no tienen el consentimiento de sus padres, entonces tampoco puede acudir, esas serían las principales barreras”. P:12- Mujer adulta. Rural, CM. Villa Serrano, Chuquisaca CM rural.

El argumento de ser menor de edad es una barrera para la participación de AJM, en oportunidades de información sobre SSR, de expresión de sus necesidades y para el desarrollo de habilidades de liderazgo.

Así mismo, se evidencia que el entorno social, a través de diferentes espacios y medios, socializa mensajes que descalifican las capacidades de las mujeres adolescentes y jóvenes por su edad, origen o condición social que refuerzan normas sociales de silencio para las mujeres con el riesgo de castigo y violencia ante situaciones de desobediencia o transgresión, que, como efecto, excluye su participación en diversos espacios y en la vida comunitaria, generan vergüenza y miedo a decidir y a participar. La negación a hablar de temas de sexualidad, ocasiona falta de información, de conocimientos y la negación de la sexualidad. Esto se refleja en la siguiente cita: *“Las barreras son primero, su pareja y segundo, sus padres. Su pareja por el simple hecho de ser mujer, con miedo porque no tiene autoridad para decidir qué método utilizar o la planificación familiar. Y por sus padres, porque tienen la mentalidad de que, si te pones algún método anticonceptivo, te vas a meter con uno y con otro. La misma mentalidad tiene su pareja” P: 184 - Mujer adulta. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.*

El mensaje de la pareja que por ser mujer niega autoridad para decidir sobre su vida reproductiva y la asociación del uso de MAC a la intención de encubrir relaciones sexuales con diversas parejas, prejuicio compartido por los padres y la pareja, son barreras que descalifican y estigmatizan la posibilidad de decisiones autónomas de las mujeres sobre su cuerpo y su sexualidad: *“En mi curso usualmente hay chicas que sí son del campo, les molestan de veras, o si son morenitas les dicen, o por el apellido. Tengo una compañera que su apellido es Condori le dicen condor. P: 125 - Mujer 15 a 18 años. Urbano, DM6, Santa Cruz.*

Esta afirmación, evidencia un entorno escolar de estigmatización a AJM por su origen rural, el color de la piel y el apellido, con mensajes de discriminación, contrarios al principio de igualdad, que afectan la autoestima de la AJM y se traducen en inseguridad para participar y expresar sus necesidades.

Las AJM, prestadores de servicios y representantes de OS, identifican como barreras para la participación de AJM, la timidez, vergüenza, falta de conciencia sobre sus derechos, inseguridad sobre su capacidad de tomar decisiones y no reclamar, estas barreras restringen el movimiento de las AJM, y afecta el espacio de su participación para la expresión de sus necesidades y para la toma de decisiones sobre su sexualidad.

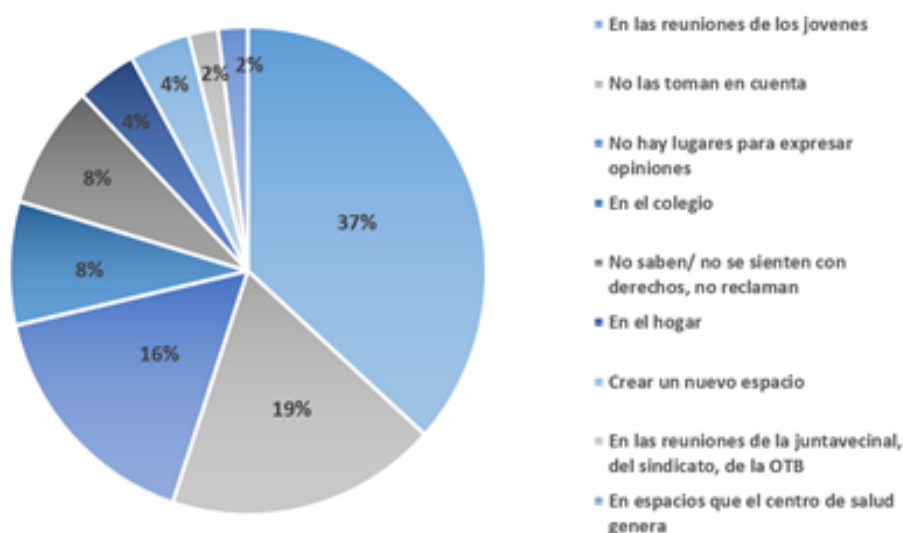
El miedo y la vergüenza son barreras que generan inseguridad para que las AJM puedan expresarse; el silencio trata de evitar el juicio de un entorno machista, y la amenaza de violencia como castigo ante la desobediencia o transgresión de normas tradicionales.

Se puede afirmar que muchas AMJ enfrentan barreras que se construyen por influencia de mensajes patriarcales del entorno social de desvaloración de los roles tradicionales asignados a las mujeres, agravados por la estigmatización cuando tiene origen rural, estas barreras niegan oportunidades de movimiento, limitan el espacio para la participación y toma de decisiones sobre su sexualidad y su autonomía y tienen como efecto la exclusión y la carencia de habilidades psicosociales para su desempeño en el espacio público, cuando se expresan en timidez, falta de conciencia sobre sus derechos, inseguridad sobre su capacidad para tomar decisiones sobre su sexualidad, para reclamar sus derechos, afectando su autoestima, su autonomía y su proyecto de vida.

7.3.3. Espacios de la comunidad en los que los adolescentes y jóvenes pueden expresar sus necesidades y opiniones en SSR y la prevención de la VSBG

La información fue recogida de respuestas de los grupos focales de adolescentes y jóvenes hombres participantes en el estudio. En el Gráfico 29, se observa que la mayoría de los adolescentes y jóvenes en un 36%, afirman que las redes de jóvenes son el espacio en el que expresan sus necesidades, luego, el 19% sostienen que no son tomados en cuenta y el 16% perciben que no hay lugares para expresar sus opiniones, con menores afirmaciones reconocen el colegio, el hogar, entre los lugares de expresión de sus necesidades.

Gráfico 29. Espacios de la comunidad para la expresión de necesidades de AJH



Fuente:

Elaboración propia en base a datos del estudio

Por la información que nos brinda el estudio, se evidencia que los adolescentes y jóvenes hombres, tienen como el principal espacio de participación y de expresión de sus necesidades a las redes de jóvenes (36%), sin embargo, sostienen que sus planteamientos no son tomados en cuenta en espacios institucionales (18%) y se les convoca eventualmente para que participen en proyectos dirigidos a jóvenes

Se presentan algunas expresiones de AJH participantes en el estudio.

“Yo he participado muchas veces en algunas reuniones en la Alcaldía, pero no es que opine tanto, más he escuchado, no hay mucho de participación porque a veces nomás nos llaman, hemos participado una vez para crear una ley, fue con la Red de Tomina en Yotala, implementando una ley aquí de Serrano que era de la ley contra el embarazo en adolescentes”. P: 239 - Hombre 15 a 18 años. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

“Yo como representante de aquí por este sector de jóvenes, he estado de presidente dos años y no se toma mucho en cuenta la verdad ni hablando con alcaldías ni cosa así. Estuve trabajando un buen tiempo y no, no te tomaban muy en cuenta siempre la opinión”. P: 249 – Hombre CM. Rural, Tomina, Chuquisaca.

Por los resultados que se muestran, se puede afirmar que las redes de jóvenes están legitimadas como espacios de participación y de expresión de necesidades y de movimiento de AJH, que les permite la formulación de sus propuestas con resultados en incidencia política, como se menciona en el caso del proyecto de ley sobre SDSR (Ley contra el embarazo adolescente en Tomina).

La formación de redes de jóvenes probablemente esté asociada al trabajo institucional de ONGs, lo que significa una oportunidad para contar con apoyo técnico y también material para su funcionamiento. Sin embargo, también el apoyo institucional podría constituirse en un factor de dependencia, si no se desarrollan en la organización, capacidades de liderazgo y de funcionamiento con autonomía para que las redes se mantengan en el tiempo.

“Mayormente solo toca reunirnos con los amigos porque, no hay ciertos lugares donde puedas expresar una opinión libremente por el miedo a ser juzgado por las personas más adultas. Entonces, uno no puede expresar lo que siente, sino decir más bien la respuesta que la otra persona espera”. P: 339 - Hombre adulto. CM rural, Padcaya, Tarija.

“Creo que no es el espacio, sino las personas con las que estás atrás de vos. Sí. Porque si estás con diferentes personas que no tenés esa confianza, no podés hablar de eso, como tal. Tienes que tener confianza”. P: 224 - Hombre 15 a 28. Urbano, DM6, Santa Cruz.

“Me quedo con lo que dijeron los cuatro compañeros, en espacios de confianza, en espacios donde todos estemos entre amigos”. P: 225 – Hombre de 15 a 18 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz.

Entre ellos es más fácil la comunicación, es más fluida y que puedan hablar de esos temas. El uno puede decir, yo tengo conocimiento acerca de esto, yo de esto, lo que no se logra con adultos. Entonces sería muy interesante que ellos también sean parte activa. Se eligen entre ellos o de repente también se podría crear una red de adolescentes líderes, para que puedan ellos asumir también responsabilidades, engranar ahí, meterse, estar adentro para que ellos también sean parte activa de los programas. P: 123 - Mujer adulta. Rural Villa Serrano, Chuquisaca.

Los adolescentes y jóvenes afirman que la confianza es una condición necesaria para que puedan expresar sus opiniones, sentimientos y necesidades y puedan construir pensamiento colectivo, por lo que eligen participar en espacios entre pares. La opinión de la mujer rural, adulta, afirma que la comunicación y el intercambio de conocimientos se facilita en espacios entre adolescentes y jóvenes, reconoce a la red como opción apropiada para promover su participación.

“Hay mucho interés, hay jóvenes líderes, en las unidades educativas y en diferentes cumbres han sido partícipes y han tenido voz, el tema es que se quedan ahí nomás no se pasa a la acción, los jóvenes a partir de su formación en el colegio, de la familia, puedan expresar las carencias y necesidades que tienen. He visto que en la cumbre los jóvenes han participado en el debate han aplaudido y bien gracias, volvamos a la próxima cumbre”. P: 293 - Hombre adulto. CM rural, Aiquile, Cochabamba.

La cita expresa las limitaciones de las “cumbres”, o eventos ocasionales que buscan promover la opinión de adolescentes y jóvenes, y no son suficientes para asegurar la continuidad en la participación y expresión de sus necesidades. Cuando dice “no se pasa a la acción”,

posiblemente se refiera a las limitaciones de espacios eventuales y la ausencia de espacios establecidos que permitan la participación continuada de adolescentes y jóvenes. También podría estar relacionada a que las conclusiones de las cumbres o eventos, no se traducen en decisiones institucionales o no se orientan a políticas públicas.

“En el área rural también se inquietan por estos temas, pero lastimosamente a veces son opacados o por la familia misma, o a veces también la educación les pone un freno”. P: 293 – Hombre adulto. CM rural, Aiquile, Cochabamba.

“Que ellos participen y tomarlos en cuenta en la comunidad, en cada organización que ellos sean tomados en cuenta. A partir de que sean mayores de 18 años recién son tomados en cuenta, De mi parte, deben los adolescentes ser tomados más en cuenta”. P: 115 – Mujer adulta. Rural, Cañas, Tarija.

“Bueno, creo que nos hace falta, en todas las comunidades, en los grupos que tenemos, empezar a incluir a los jóvenes. Siempre hacemos proyectos, pero en realidad no les hacemos incluir y empezar a dar también tareas a ellos. P: 118 – Mujer adulta. Rural, Cañas, Tarija.

“Sería interesante que por lo menos participen en los centros estudiantiles, la directiva de los niveles secundarios, por ejemplo, para que ellos igual se sientan parte activa y responsables de los proyectos que se van a trabajar dentro del municipio, dentro de su comunidad. Entonces, al ser ellos tomados en cuenta, asumen como responsabilidad suya también y colaboran, orientan, ayudan a orientar. P: 123 - Mujer adulta. Rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

Las respuestas de participantes del área rural, muestran que, en la comunidad rural, la participación de jóvenes menores de 18 años no está considerada formalmente, sin embargo, líderes y lideresas consultadas reconocen la necesidad de su incorporación y se valora la posibilidad de aprendizaje de los jóvenes sobre el ejercicio de la gestión comunitaria, por la importancia de su participación y la potencialidad de sus aportes para la vida de la comunidad y de los municipios.

En síntesis, los adolescentes y jóvenes hombres sostienen que los espacios en los que pueden expresar sus necesidades y opiniones en SSR son las redes de jóvenes, como instancias en las que se reúnen en ambiente de confianza entre pares, lo que les permitió participar en la formulación de propuestas como proyectos de leyes de su interés, sin embargo, también señalan que sus opiniones no son tomadas en cuenta por las autoridades y su convocatoria es esporádica. Un grupo importante de adolescentes y jóvenes señala que no hay espacios de expresión. Luego, señalan que el colegio organiza cumbres para la participación y expresión que no se traduce en acciones. Así mismo, hay adolescentes y jóvenes que se sienten sin derechos y no reclaman.

A pesar de que los AJH tienen a las redes como espacio de expresión y participación socialmente reconocido, también se evidencia que las instituciones no han asumido plenamente a la representación de jóvenes como integrantes de sus estructuras de coordinación y de planificación, con participación sostenida y con derecho a ser escuchados y atendidos.

En el estudio no se identificaron espacios autónomos de reunión entre AJM, siendo estos fundamentales para la socialización y la reflexión entre pares sobre las barreras que enfrentan, para la construcción de espacios de expresión de sus necesidades y propuestas relacionadas a SDSR, la VBG, VSBG y para el desarrollo de habilidades sociales para la participación, el desarrollo de liderazgo y de autonomía de movimiento.

7.3.4. Reacciones del entorno a la toma de decisiones de adolescentes y jóvenes mujeres sobre su sexualidad

El estudio recoge la información de adolescentes y jóvenes mujeres, así mismo, las opiniones de mujeres adultas que son madres, maestras, líderes de la comunidad, igualmente de hombres

adultos; padres, maestros y líderes sociales. Se analizan las visiones compartidas y las diferencias de opinión sobre las reacciones del entorno cuando las adolescentes y jóvenes mujeres toman decisiones sobre su sexualidad y actúan para prevenir o denunciar situaciones de violencia.

Adolescentes y jóvenes mujeres, sostienen que cuando toman decisiones sobre su sexualidad y actúan para prevenir o denunciar situaciones de violencia, muchas personas de su entorno más próximo; en el colegio y la comunidad, reaccionan con estigmatización, insultos, violencia y discriminación; estas opiniones de AJM, (37,1%) son superadas por el porcentaje de opiniones de mujeres adultas (61,1%) y hombres adultos, (52,6%) que son madres, padres, integrantes de las familias y la comunidad.

También el 24,2% de AJM sostienen que en otros casos, reciben apoyo, acompañamiento, protección y sus familias buscan servicios de apoyo. Esta opinión es compartida por mujeres de la comunidad en un 22, 2%, así como por hombres adultos en un 26,3%.

Gráfico 30. Reacciones cuando las adolescentes toman decisiones sobre su sexualidad y actúan para prevenir o denunciar situaciones de violencia.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Se muestran algunas opiniones de participantes en la investigación.

“Cuando la gente sabe que alguna jovencita usa anticonceptivos, la misma gente la empieza a ver mal. Dicen, esa chica, usa eso, está haciendo estas cosas, y ya empiezan a hablar mal, a decir, esta chica es así, así, esto, otro”. P: 125 - Mujer. Rural

“Creo que al final de cuentas nadie tiene derecho a juzgarte, pero en el colegio, sí lo van a hacer”. P: 255 - Mujer 15 a 18 años. Rural, Tomina, Chuquisaca.

“Si toma decisiones, a veces es juzgada por los demás y cuando una no está bien informada, puede llegar a embarazarse y es re juzgada por las personas que viven en la comunidad o personas cercanas que no se dan cuenta de las acciones que hacen y cómo lo puede tomar esa adolescente.” P: 272 - Mujer AJM 15 a 18 años. Rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

Por la opinión de adolescentes y jóvenes mujeres (37,1%) y de manera contundente de madres (61,1%) y padres (52,6%), en el Gráfico 30, se evidencia que cuando una adolescente toma decisiones sobre su sexualidad y cuando actúa para prevenir o denunciar situaciones de violencia, existen reacciones de estigmatización, insultos y violencia principalmente en el colegio y su comunidad. Estas reacciones muestran, la intención de negar a la adolescente y joven mujer, su derecho a decidir sobre su sexualidad con autonomía.

“Yo creo que sería muy doloroso para mí que ellas tomarían esa decisión a tener esas cosas y a utilizar anticonceptivos, tanto que ahora pasa, no sé si es por eso que muchas mamás enfermamos con el cáncer y todas esas cosas, también les da las hemorragias o les corta también con todas esas cosas, por ejemplo, de las ampollas, o bien las T de cobre. También se ha escuchado que igual utilizando a veces se embarazan”. P: 128 - Mujer adulta. Rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

La opinión de la mujer adulta, confirma prejuicios sobre el uso de métodos anticonceptivos, asociados a sentimientos maternos como recurso de presión emocional ante la adolescente con vida sexual activa.

En entornos de pobreza, se puede percibir una asociación permanente entre actividad sexual y reproducción que da lugar a la idea de riesgo de quedar embarazada y por tanto el miedo a afrontar un embarazo adolescente, el cuidado de una niña/niño, el posible abandono de la pareja, la interrupción de los estudios, del proyecto de vida, la agudización de las condiciones de pobreza y el riesgo de un matrimonio o unión temprana forzada. Por otra parte, las afirmaciones sobre frecuentes casos de violación expresan la persistencia de concepciones patriarcales de control del cuerpo y la sexualidad de las mujeres, por lo que la VBG y la VSR

hacia las mujeres, es un medio de afirmación de poder que restringe y controla el espacio y el movimiento de las AJM. Así, la violencia sexual se convierte en un ritual de pertenencia y validación masculina.

“¿Va a poder denunciar? Hablar. Entonces, porque hay casos, digamos, que ellas no hablan, ¿no? Tal vez no tienen confianza con su mamá, con su papá, pero la sociedad siempre va a juzgar. P: 127- Mujer adulta. Rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

“La denuncia es una manera de enfrentar y romper ese silencio y la naturalización de hechos de violencia sexual, pero lamentablemente, no deja avanzar la presión social para no denunciar por los prejuicios existentes; es tan fuerte que las mujeres no se animan a denunciar. como lo vas a denunciar si es padre de tus hijos, si es tu tío, tu amigo si tu caminabas con él. Y si es una adolescente, Pero ¿quién te ha dicho a vos que puedes tener independencia?”. P: 291- Hombre adulto. Rural, Aiquile, Cochabamba.

Las citas muestran que la posibilidad de denuncia como un recurso conocido y a disposición, está mediatizada por argumentos que pretenden responsabilizar a la mujer agredida, de las posibles consecuencias en caso de sanción al agresor si se diera la denuncia, entonces, buscan el silencio de la víctima y la impunidad del violador.

“Creo que al final de cuentas, tus papás terminan apoyándote, aunque no quieran, aunque no les guste. Y en el entorno es como le digo, vas a salir juzgada te van a decir cosas, pero ya más allá de eso, creo que tampoco te tiene que importar una opinión de los demás, sino lo que vos pienses, lo que vos digas y lo que vos quieras hacer”. P: 255 - Mujer 15 a 18 años. CM Rural, Tomina, Chuquisaca.

“La sociedad ve, desde el lado bueno, desde el lado malo. Desde el punto de vista, como mamá, yo, tal vez me sentiría orgullosa, porque mi hija está siendo responsable. Ha tomado la decisión, tal vez, de tener relaciones sexuales, pues, responsablemente”. P: 127- Mujer adulta. Rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

“Cuando denuncia la violencia, yo creo que se debe apoyar más a la chica que está haciendo respetar su personalidad, yo creo, denunciando”. P: 128- Mujer adulta. Rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

“Aquí, si hay una agresión de una violación, quién denuncia son los papás. Los que van a la Defensoría son los papás.” P: 130 – Mujer adulta. Rural, El Puente, Tarija.

Por otra parte, adolescentes, jóvenes mujeres (24,2%), mujeres adultas (22,2%) y hombres adultos (26,3%), coinciden señalando que algunas adolescentes reciben apoyo, acompañamiento y protección de sus familias y algunos reconocen como actitud responsable el uso de métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales y son los papás, mamás que denuncian el abuso sexual ante las instituciones de protección y también buscan servicios de apoyo, en actitud de resignación ante los hechos.

7.3.5. Reacciones de la pareja al rechazo o falta de consentimiento para relaciones sexuales según AJH.

La información fue recogida de respuestas de los grupos focales de adolescentes y jóvenes hombres de 19 a 28, 15 a 18 y 12 a 14 años. El Gráfico 31, expresa las respuestas de jóvenes mayores de 18 años sobre reacciones ante el rechazo a la relación sexual, en el que el 70 % afirma su reacción con el respeto. El 25%, reacciona con violencia que incluye golpes, insultos y hasta agresión sexual.

“Yo pienso que nuestra pareja es libre de si quiere o no tener relaciones sexuales como en cualquier relación. En algunos casos, lleva a veces peleas entre parejas diciendo, no quieres hacer esto conmigo y esto mayormente lleva a consecuencias”. P: 365 – Hombre 19-28 años. Urbano, DM6, Santa Cruz.

Gráfico 31. Reacciones de jóvenes hombres de 19 a 28 años sobre el rechazo a relaciones sexuales.

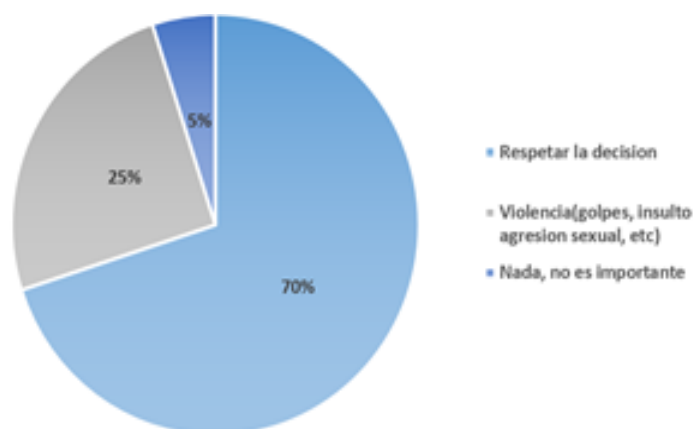
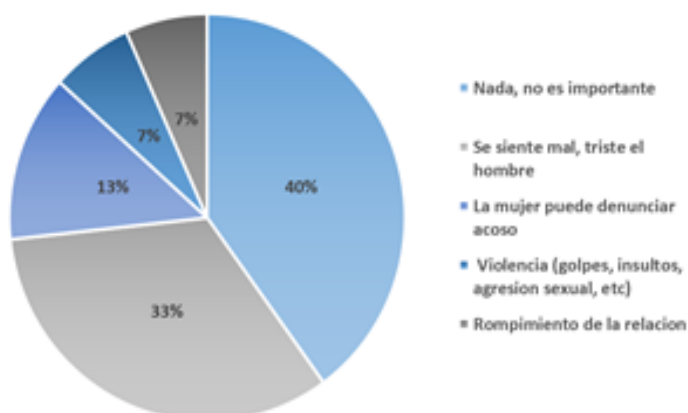
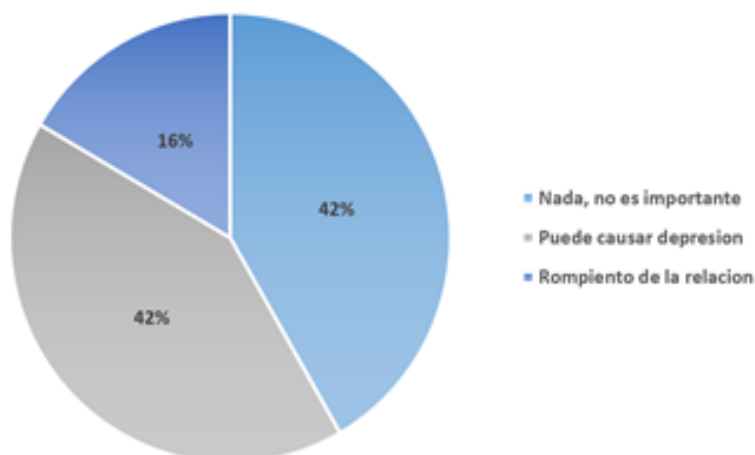


Gráfico 32. Respuestas de adolescentes hombres de 15 a 18 años cuando la pareja rechaza o no da su consentimiento.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Gráfico 33. Respuestas de adolescentes hombres de 12 a 14 años cuando la pareja rechaza o no da su consentimiento



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

El Gráfico 32, contiene respuestas de adolescentes y jóvenes hombres de 15 a 18 años, en el que sobresale la respuesta de que no es importante con el 40%, luego, en segundo lugar, el hombre se siente mal, triste, con el 33,3%, en tercer lugar, la mujer puede denunciar acoso, con el 13,3% en cuarto lugar, reacciones con violencia; golpes, insultos y agresión sexual con 6,7%, y rompimiento de la relación, con el 6,7%.

“El tema de la sexualidad, es algo que se tiene que dar. Y no es que alguien esté proponiendo, sino que al momento que estén ahí, si se da, se da. Tiene que haber conexión”. P:221 – Hombre 15-18 años. Urbano, DM6, Santa Cruz.

El Gráfico 33, corresponde a respuestas de adolescentes hombres de 12 a 14 años, las primeras respuestas sostienen con el 41,7% que el rechazo no tiene importancia. Luego, el

41.7% de respuestas afirma que el rechazo puede causar depresión y en tercer lugar el 17% admite la posibilidad de rompimiento de la relación.

“Hay unos hombres que insisten, insisten, yo escucho testimonios de muchas mujeres y llegan a tal punto de insistir tanto que la mujer siempre se siente utilizada y dejan que hagan con ella lo que él quiere y no se siente realizada. Hay muchos hombres que van a ponerle un valor como objeto a la mujer. P: 356 – Hombre 12-14, años. Urbano, DM6, Santa Cruz.

Las respuestas de adolescentes y jóvenes en los tres gráficos, muestran como primeros porcentajes, en el primer grupo (19 a 28 años) el respeto a la decisión, en el segundo (15 a 18 años), que no es importante, y en el tercero (12 a 14 años), que no es importante. Luego, como respuestas en segundo lugar, se puede observar, la violencia en el caso de rechazo a la relación sexual y de efectos negativos en el estado de ánimo de los adolescentes ante la falta de consentimiento, en el segundo y tercer grupo de adolescentes y jóvenes.

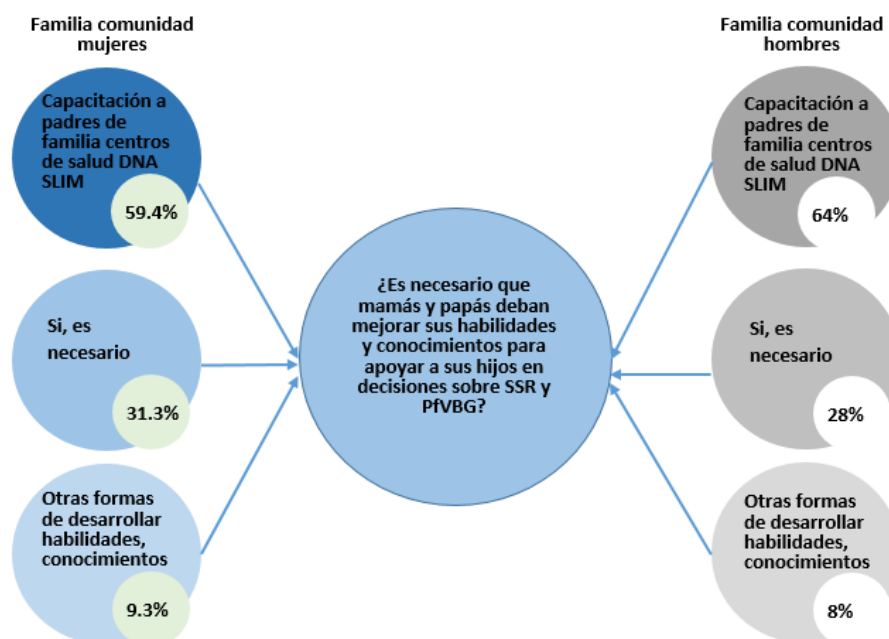
Respetar la decisión de la mujer de rechazo a tener relaciones sexuales, como la respuesta mayoritaria de AJH consultados, podría considerarse que este dato expresa la posibilidad de procesos de flexibilización, de transición de patrones de actuación de los jóvenes que pueden estar asociados a efectos de eventos de capacitación de instituciones y a la difusión de normas y políticas públicas para la equidad, que, a su vez, sean señales de toma de conciencia colectiva y expresen un ideario a seguir en adelante, especialmente por los adolescentes y jóvenes. Sin embargo, también el riesgo de violencia psicológica con insultos, descalificación, estigmatización, así como el riesgo de violencia física, están vigentes como reacción al rechazo a la relación sexual y al consentimiento y que aparece en los gráficos, en la medida del aumento de la edad de los adolescentes. Esto se evidencia en los gráficos observando que, en el grupo de 12 a 14 años, no existen respuestas de reacciones con violencia, en el grupo de 15 a 18 años, aparece la reacción con violencia ocupando el cuarto lugar con el 6,7% y en el grupo de 19 a 28 años, las reacciones con violencia ante el rechazo a relaciones sexuales ocupan el segundo lugar, con el 25% de respuestas.

Estas evidencias muestran que la violencia también es producto del aprendizaje de los mensajes y patrones de conducta patriarcal, relacionados al poder masculino, la negación del derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y su sexualidad, la negación de su autonomía.

7.3.6. Habilidades y conocimientos necesarios para apoyar en la toma de decisiones sobre SSR y PfVBG.

La información fue recogida de mujeres y hombres adultos de los grupos focales familia comunidad mujeres y hombres, para conocer las habilidades y conocimientos necesarios para apoyar a adolescentes y jóvenes en la toma de decisiones (Gráfico 34).

Gráfico 34. Respuestas de FCM y FCH para mejorar sus habilidades y conocimientos y apoyar a sus hijas e hijos en decisiones sobre la SSR y PfVBG



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Las respuestas de mamás y papás con mayores porcentajes (59,4% y 64%), plantean la necesidad de procesos de capacitación para ellas y ellos, prestadores de servicios y de protección, tomando en cuenta formas adecuadas de desarrollo de capacidades y conocimientos.

“Sería hacer harta actividad aquí, para liberarse, si venías todo estresado para que vayas a un lugar y te desestresés, y ya llegues bien a tu casa, porque si llegás a un lugar estresado te estresas más y puedes llegar hasta a agredir a alguien. Sería bien hacer talleres específicos para eso. P: 241- Hombre, adulto. Urbano, DM6, Santa Cruz.

El participante reconoce la necesidad de espacios que ayuden a controlar el estrés, como medida de prevención de riesgos de agresiones posteriores. También sugiere realizar talleres para capacitarse sobre gestión de emociones.

“Nosotros siempre hablamos con nuestras hijas y a veces sus pensamientos son muy diferentes, y nos dicen que somos mayores de edad, todos quieren hacer sus gustos, pero, aunque así, siempre estamos luchando para que ellas puedan cambiar y sigan adelante, pues que no se vayan por otros caminos. Yo me informaría, en talleres, yo sé más o menos de la Defensoría que viene a dar los talleres y quisiera conocer más.” P: 129- mujer, rural.

Esta cita, traduce procesos de cambios socioculturales en las comunidades rurales y las poblaciones urbanas y se expresan en las relaciones interpersonales, familiares y comunitarias que son parte de contextos de relaciones interculturales. Este escenario plantea desafíos sobre capacidades que respondan a necesidades de desarrollo de sensibilidad y respeto a las diversidades, de comunicación respetuosa para expresar pensamientos, sentimientos y necesidades sobre SDSR y violencia, pensamiento crítico para analizar normas, roles, discursos sobre el machismo, la violencia o la discriminación, sobre decisiones informadas y autónomas sobre su cuerpo y su participación en la comunidad, así como capacidades de

diálogo y trabajo colectivo reconociendo voces diversas, negociar y construir propuestas para la igualdad y la equidad.

Las madres y padres manifiestan diferencias generacionales entre los abuelos/abuelas, padres madres e hijas/hijos y demandan espacios de reflexión y acceso a información que les permita apoyar a sus hijas e hijos en sus propios desafíos y también aplicar a las estrategias familiares y comunitarias.

Estos procesos desde un enfoque intercultural, tienen el desafío de recuperar y adaptar los valores y prácticas culturales favorables a la equidad, por ejemplo; la solidaridad, complementariedad, reciprocidad, del mundo andino, así como los nuevos paradigmas como los derechos sexuales y reproductivos que integran los derechos humanos, autonomía del cuerpo y consentimiento, salud sexual y reproductiva que implica tener información, apoyo, servicios amigables y respeto a las decisiones, participación de la población en toda su diversidad para que construyan políticas y servicios adecuados y accesibles para su salud sexual y reproductiva.

Recomendaciones operativas:

Tabla 7: Recomendaciones operativas - Participación y toma de decisiones

Resultado intermedio 1100: Agencia fortalecida de las AJM para ejercer su SDSR, en particular de aquellas en situación de vulnerabilidad.
Resultado inmediato 1110: Fortalecida la Educación Integral en Sexualidad (EIS) para adolescentes en las escuelas.
Producto 1112 Maestros y maestras de escuelas focalizadas formados en la impartición de módulos de EIS. - Complementar los procesos de formación de AJM en EIS con componentes para el desarrollo de habilidades psicosociales que tengan como objetivo fortalecer la autoestima y la autonomía de las AJM, utilizando metodologías participativas; que permitan el monitoreo de desarrollo de capacidades de expresión, toma de decisiones sobre SDR y participación en espacios organizativos y liderazgo. - Desarrollar procesos de reflexión y capacitación con maestras y maestros, así como con prestadores de servicios sobre: - Los derechos sexuales y reproductivos: Derecho a decidir sobre el propio cuerpo, a vivir sin violencia, a acceder a servicios de salud sexual. - Autonomía y el consentimiento: Reconocimiento de que cada persona tiene el derecho a tomar decisiones libres sobre su propio cuerpo y su vida sexual y reproductiva. - Equidad de género, que cuestiona las desigualdades estructurales entre hombres, mujeres y personas de géneros diversos, para eliminar la discriminación basada en el género. - Salud integral, la salud sexual y reproductiva, comprendida como bienestar integral que promueve el acceso a información, servicios amigables, anticonceptivos, acompañamiento emocional, etc. - Participación interseccional, Las políticas y programas que incorporen las voces de jóvenes, pueblos indígenas, mujeres rurales, personas con discapacidad, LGBTQ+, y sus necesidades específicas. - Promover en unidades educativas espacios de formación sobre relaciones no violentas, manejo emocional del rechazo, solución alternativa de conflictos, con metodologías participativas y lúdicas.
Resultado inmediato 1120: Habilidades para la vida transformadoras de género y conocimientos sobre SDR mejorados, incluyendo la VSBG y servicios relacionados para adolescentes y jóvenes.

Producto 1121: Formación en habilidades para la vida transformadoras de género y SDR, incluida la VSBG, proporcionada a adolescentes y jóvenes de organizaciones juveniles de la comunidad, e impartida por educadoras y educadores pares a nivel comunitario. • Desarrollar capacidades de educadoras/es pares para la prevención de la violencia; el ciclo de la violencia en las relaciones de pareja, impactos en mujeres y hombres, masculinidades no violentas, gestión de emociones, en procesos de deconstrucción de identidades y conductas con rasgos patriarcales y de afirmación de patrones de igualdad. • Capacitar e impulsar prácticas de resolución de conflictos sin violencia en organizaciones de jóvenes y adultas/adultos.
Resultado inmediato 1130: Capacidad mejorada de las familias y las comunidades para apoyar la SDR de las y los adolescentes y jóvenes, en particular de las AJM.
Producto 1131: Sensibilización a nivel comunitario sobre la SDR, incluida la EIS y los mecanismos de apoyo para las AJM. • Promover espacios de análisis crítico con madres y padres sobre prejuicios relacionados con la sexualidad de adolescentes y jóvenes y proveer información adecuada para mejorar sus conocimientos y ampliar sus mecanismos de apoyo a AJM, superando la vergüenza para participar y hablar de estos temas con AJM y AJH. Fomentar la creación de espacios seguros para el diálogo y el apoyo familiar.
Resultado intermedio 1300: Mayor capacidad de respuesta de los mecanismos de gobernanza de la salud y la educación a las necesidades en SDR y Protección de adolescentes y jóvenes, especialmente de las AJM.
Resultado inmediato 1320: Habilidad incrementada de las organizaciones de base dirigidas por mujeres y jóvenes en toda su diversidad para participar en los espacios institucionales de toma de decisiones, abogar por y monitorear el progreso de la SDR de adolescentes y jóvenes.
Producto 1321: Miembros de organizaciones de base lideradas por mujeres y jóvenes formadas en liderazgo, participación, rendición de cuentas e incidencia basada en evidencia, con un enfoque inclusivo que responde al género y a la edad. • Promover y fortalecer espacios y/o redes de adolescentes y jóvenes mujeres, generando procesos integrales de desarrollo de competencias sobre conocimientos, el fortalecimiento de la autoestima y autonomía, y para la incidencia política sobre DSR y PfVBG • Articular las redes de adolescentes y jóvenes mujeres y hombres, en torno a agendas de acción coordinada, en temas de su interés, así como con una plataforma de incidencia política a nivel regional y departamental, en temas priorizados sobre DSR y de PfVBG.
Resultado inmediato 1330: Incrementada la disponibilidad de data y productos de conocimiento de calidad sobre la SDR de adolescentes y jóvenes para la incidencia basada en evidencia y la toma de decisiones y gobernanza en salud por parte de los garantes de derecho.
Producto 1332: Investigaciones sobre la aplicación y el impacto de la EIS, violencia sexual e inicio temprano de las relaciones sexuales en adolescentes, realizadas y difundidas. • Recuperar los Gabinetes de Atención Integral a Estudiantes (GAIE) como una experiencia exitosa en salud y educación en la atención a adolescentes, para adaptar al proyecto según se vea conveniente. Los GAIE son servicios psicosociales integrales y de orientación en educación integral de salud que promueven el desarrollo de aprendizajes en sexualidad en las UE. Vinculan a educación, con salud y servicios de protección. sus estrategias se articulan en: formación y capacitación; elaboración de herramientas educativas; alianzas estratégicas con instituciones, organizaciones, universidad; y actividades extracurriculares de prevención, promoción y atención.

7.4. Normas sociales

En este apartado se presentan y analizan los resultados sobre las opiniones de las AJM en relación con la EIS y los SDR, así como las percepciones de AJM, AJH, FCM y FCH respecto a diversos temas. Estos incluyen: el riesgo de violencia sexual; las ideas, percepciones,

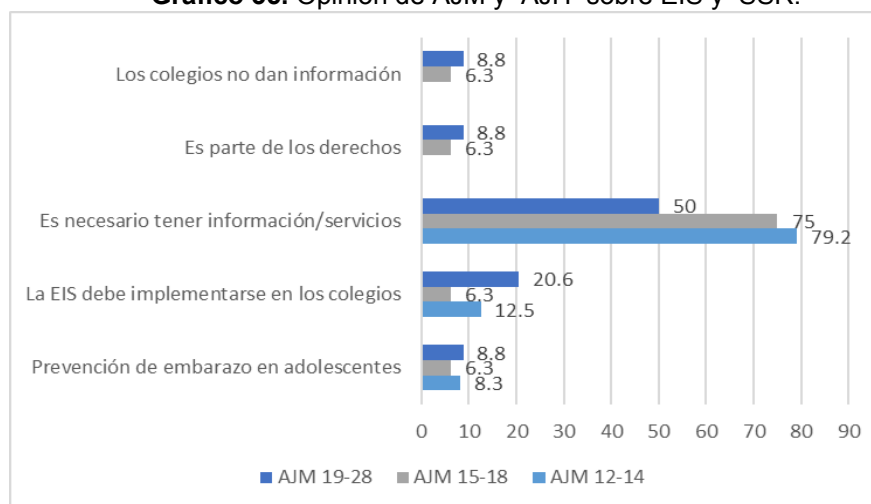
actitudes y prácticas relacionadas con la culpabilización de las AJM que han sufrido violencia sexual; las percepciones sobre quiénes ejercen la VBG; la responsabilidad de los hombres en la prevención de la VSBG; las reacciones frente al embarazo en menores de 18 años; las percepciones de AJM y AJH sobre lo que significa ser mujer o ser hombre; la visión sobre las y los prestadores/as de servicios; los matrimonios o uniones tempranas forzadas y la opinión de las OS sobre la ILE

7.4.1. Opiniones de AJM sobre EIS y SDSR.

Según los datos del Gráfico 35, se observa lo siguiente:

- Los tres grupos de AJM manifestaron necesitar información y servicios de SSR. Esta necesidad es más alta entre las adolescentes de 12 a 14 años (79,2%), seguida por las de 15 a 18 años (75%) y las de 19 a 28 años (50%).
- La EIS y los SSR deben enfocarse principalmente en: a) la prevención del embarazo adolescente (12,5% en el grupo de 12 a 14 años, 6,3% en el de 15 a 18 años y 8,8% en el de 19 a 28 años); y b) los DSR (8,8% de las AJM de 19 a 28 años y 6,3% de las de 15 a 18 años).
- La implementación de la EIS en los colegios fue resaltada por todos los grupos: 20,6% en el grupo de 19 a 28 años, 12% en el de 12 a 14 años y 6,3% en el de 15 a 18 años. Además, un 8,8% de las AJM de 19 a 28 años y un 6,3% de las de 15 a 18 años señalaron que los colegios no ofrecen información sobre SSR.

Gráfico 35. Opinión de AJM y AJH sobre EIS y SSR.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

El análisis de los datos y respuestas literales revela una demanda clara y persistente por parte de las AJM de acceder a información y servicios de SSR, lo cual evidencia una brecha en el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente entre las de 12 a 14 años, 79,2%, indicando una desigualdad estructural desde edades tempranas. Expresiones como: *“es necesario para prevenir eso, todo tipo de violencia”* o *“es mejor que te expliquen de eso para ya saber”* (P:64 - Mujer, 12 a 14 años, Rural, Villa Serrano, Chuquisaca, validan esta necesidad y visibilizan una demanda de autonomía y protección frente a contextos de desinformación, violencia y presión de pares o parejas. También se refleja una conciencia sobre la importancia de recibir EIS como componente central del ejercicio de sus DSR: *“muchas veces las mujeres no sabemos cómo acceder a servicios de salud porque nunca nos enseñaron”* (P: 191 - Mujer 19 a 28 años, CM rural Porongo, Santa Cruz).

Desde una perspectiva de inclusión, las AJM exigen que esta información sea accesible, pertinente y culturalmente apropiada, especialmente en contextos rurales. La frase *“es algo que debería ser normal en todas las escuelas y comunidades”* cuestiona la exclusión sistemática que enfrentan muchas adolescentes. Las respuestas también revelan un deseo de compartir el conocimiento adquirido: *“yo iría a esos talleres porque... es importante también la opinión de un profesional”* P:98 – Mujer 12 a 14 años, CMR Aiquile, Cochabamba o *“deberíamos hablar con muchos jóvenes o chicas que no tienen mucha información”* P:282 – Mujer 15 a 18 años, CMR Porongo, Santa Cruz). Esta actitud resalta el potencial transformador de la EIS y cómo su implementación adecuada podría contribuir a desmontar estructuras patriarcales que excluyen a mujeres y diversidades del derecho a decidir sobre sus cuerpos.

Las AJM subrayan que esta educación debe ser adaptada y accesible, respetuosa de sus experiencias y necesidades reales. La cita: *“esta información se adapte a la adolescente y no la adolescente a la información”* P:177 - Mujer de 19 a 28 años, CMR Padcaya, Tarija, critica los enfoques tradicionales, muchas veces descontextualizados o impartidos por personas poco empáticas. La necesidad de que la EIS sea transversal, incluyente y libre de tabúes también es expresada: *“Sería bueno que nos informe a nosotras, a nuestras mamás, tanto en la casa como en el colegio”* P:275 - Mujer 15 a 18 años, CMR Aiquile, Cochabamba.

La falta de acceso a información y servicios se manifiesta como una forma de VBG. Las adolescentes relatan que, sin educación, están expuestas a riesgos como embarazos no deseados, ITS y violencia de pareja. Las expresiones: *“es necesario para prevenir eso, todo tipo de violencia”* P:65 – Mujer 12 a 14 años, Rural, Villa Serrano, Chuquisaca) y *“no sabemos qué hacer y tu novio o tu pareja se moleste o que te llegue a golpear o que uno no está preparado”* P:81 – Mujer 12 a 14 años, CMR El Torno, Santa Cruz muestran cómo la desinformación se traduce en vulnerabilidad.

La EIS, desde un enfoque despatriarcalizador, no es solo una obligación legal y ética, sino una estrategia de transformación social que reconoce a las adolescentes como sujetas de derechos y constructoras activas de una sociedad más justa.

Finalmente, las jóvenes resaltan la dimensión transformadora de la EIS. Declaran que esta debe extenderse a sus pares, familias y comunidades: *“no tenemos que estar escondiendo esto... sino se tiene que ampliar, decir, hablar libremente”* P:251 - Mujer 15 a 18 años, Urbano, Tarija. Varias abogan por iniciar esta formación desde edades tempranas. La EIS es concebida como un derecho colectivo, un medio para la equidad de género, la autonomía corporal y la justicia social.

7.4.2. Percepciones AJM y AJH sobre riesgo de violencia sexual.

Se indagó para quiénes hay más riesgo de violencia sexual en los grupos de AJM y AJH. Según las respuestas expuestas en el Gráfico 36, se evidencia una percepción generalizada de que las mujeres están en primer lugar de riesgo, seguidas de personas con discapacidad, adolescentes mujeres y hombres, personas con diversidad sexual, niños y otros. Esta percepción es más común entre las AJM, en especial en el grupo de 12 a 14 años 81,3%, seguido del grupo de 15 a 18 años 40% y de 19 a 28 años 48,4%. Entre los AJH, aunque también identifican a las mujeres como el grupo más vulnerable, el porcentaje es menor 50% en 12-14 años, 68,8% en 15-18, y 56% en 19-28.

Esta percepción de vulnerabilidad femenina se vincula a factores como la debilidad física, la apariencia y el miedo a denunciar. Por ejemplo, se asocia la falta de fuerza con la incapacidad de defensa *“no tenemos la suficiente fuerza para poder protegernos”*, la apariencia física con el riesgo *“las que son más bonitas... corren más peligro”*, y el miedo con el silencio ante el abuso (*“se quedan calladas... por miedo”*).

Asimismo, se reconoce la situación de riesgo de las personas con discapacidad, por su dependencia y falta de comprensión de lo que sucede *“necesitan de sus padres, no pueden defenderse o no entienden lo que pasa”* P:103 - Mujer 12 a 14 años. CM rural, Aiquile, Cochabamba, y hacia personas LGBTIQ+, debido a la discriminación *“los ven diferentes”* P: 84 - Mujer 12 a 14 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz.

En cuanto a los niños, llama la atención que los tres grupos de AJH los mencionan como un grupo en riesgo, mientras que solo el 3,1% de las AJM de 12 a 14 años los identifican como tal.

Gráfico 36. Riesgo de violencia sexual según adolescentes y jóvenes mujeres y hombres

	1ro. para AJM	2do. para PCD	3ro. para ambos	4to. para LGTBIQ+	5to. para AJH	6to. Otros
AJM 12 – 14	81,3 %	12,5 %	3,1 %	3,1 %	3,1 %	
AJM 15 – 18	40,0 %	31,4%	14,3%	5,7%		8,5 %
AJM 19 – 28	48,4 %	12,5%	25,8%	3,2%		3,2 %
AJH 12 – 14	50,8%	16,7%	16,7%	5,6%	11,1%	
AJH 15 – 18	68,8%	25,0%			6,3%	
AJH 19 – 28	56,0%	16,0%	4,0%	8,0%	4,0%	4,0%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

A partir del análisis de las respuestas de AJM y AJH, se identificaron diversos factores que contribuyen a la violencia sexual, reflejando patrones de socialización patriarcal y profundas desigualdades. En primer lugar, sobre los estereotipos sobre debilidad femenina, ambos grupos refieren que las mujeres son físicamente más débiles. Las AJM destacan cómo el miedo paraliza la reacción ante la violencia, lo que limita su autonomía y naturaliza la subordinación de género desde edades tempranas: *“Las mujeres no responden, se quedan calladas con ese miedo”* P: 88 – Mujer 12 a 14 años. Urbano, DM6, Santa Cruz. Por su parte, los AJH refuerzan estereotipos de fragilidad con frases como *“Son más delicadas y tienen menos fuerza”* P: 56 – Hombre 12 a 14 años. CM rural, Porongo, Santa Cruz.

En segundo lugar, el machismo y normalización de la violencia se identifican como un factor estructural de gran peso en ambos sexos. Las AJM reconocen la persistencia del machismo como parte de una crianza desigual que afecta el desarrollo de su identidad y libertad, impidiendo el pleno ejercicio de sus DSR: *“Los hombres crecen con esa mentalidad de ser machistas... la mujer no va a hacer nada”* P:86 – Mujer 12 a 14 años. Urbano, DM6, Santa Cruz. Los AJH, por su parte, reproducen estas creencias al justificar la supuesta inferioridad femenina: *“Las mujeres no saben pelear”* P: 36 – Hombre 12 a 14 años. Rural, Aiquile, Cochabamba, *“Son un poco menos”* P_36 – Hombre 12 a 14 años. Rural, Aiquile, Cochabamba. Estas narrativas no solo legitiman la VBG, sino que también reflejan una transmisión intergeneracional de roles y creencias que estructuran el espacio social y los lugares que hombres y mujeres deben ocupar en él.

En tercer lugar, el miedo, el silencio ante la denuncia y la desconfianza institucional perpetúan la impunidad. Las adolescentes temen represalias y sienten que las instituciones no responden adecuadamente: *“El agresor amenaza a la familia”* P:89 – Mujer 12 a 14 años. Urbano, DM6, Santa Cruz; *“La policía no lo toma en serio”* P: 69 – Mujer 12 a 14 años, CM rural, Porongo, Santa Cruz. Este silencio forzado borra los hechos de la memoria colectiva y refuerza la impunidad.

En cuarto lugar, la vulnerabilidad de las AJM que cruza distintas condiciones: discapacidad, diversidad sexual y origen rural. Esta situación evidencia la necesidad de acciones inclusivas y accesibles que consideren género, discapacidad y contexto territorial. La interseccionalidad aquí es una realidad concreta que profundiza desigualdades y demanda respuestas adaptadas.

En quinto lugar, la socialización temprana para la reproducción de roles y superioridad masculina. Las narrativas de los AJH revelan la interiorización temprana de ideas de superioridad masculina, lo que impide relaciones igualitarias. Frases como “Ellas no saben pelear” P: 36 - *Hombre 12 a 14 años. Rural, Aiquile, Cochabamba*, muestran cómo se justifica la dominación y se refuerza una cultura patriarcal desde edades tempranas.

En resumen, el estudio muestra que las AJM, especialmente entre los 12 y 14 años, son percibidas como el grupo más vulnerable a la violencia sexual. Esta percepción se relaciona con estereotipos de género, normalización del machismo, miedo a denunciar y desconfianza institucional. También se identifican riesgos importantes para personas con discapacidad y diversidades sexuales. La reproducción de roles desiguales entre adolescentes hombres perpetúa creencias que justifican la inferioridad femenina y desconocen su vulnerabilidad.

Estos hallazgos subrayan la urgencia de intervenciones estructurales y educativas que promuevan la igualdad de género, prevengan la violencia y fortalezcan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. El Proyecto REACH debe incorporar estrategias de sensibilización y protección desde el entorno familiar, escolar y comunitario, así como acciones transformadoras que cuestionen y reemplacen los imaginarios patriarcales por nuevas memorias colectivas más igualitarias y libres de violencia.

7.4.3. Culpabilización a AJM que sufren violencia sexual.

Se preguntó a AJM por grupos de edad, adultos hombres y mujeres de la comunidad, si se culpabilizaba o no a las mujeres agredidas sexualmente. Las respuestas evidencian la persistencia de prácticas patriarcales que desplazan la responsabilidad de la violación hacia la víctima y no hacia el agresor: *“Ante una violación de una adolescente se culpa a ella, en base a prejuicios indicando, porque ella ha ido por ahí, ella estaba saliendo o siempre se ha puesto su vestido muy chiquito o se ha vestido de tal forma. Y se muestra al agresor como a un inocente caído.”* P: 292 – *Hombre adulto. CM rural, Aiquile, Cochabamba*.

Esta respuesta refleja el doble estándar patriarcal que condiciona la autonomía del cuerpo femenino y lo somete al juicio público, especialmente en relación con la vestimenta y el comportamiento. Esta lógica reproduce una violencia simbólica que justifica la VSBG, encubre la responsabilidad del agresor y desincentiva las denuncias, limitando el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la protección frente a la violencia de las adolescentes.

“Como dicen ella le ha provocado, porque se viste así, casi no se pone ropa y muestra todo y los varones andan por detrás, ella lo ha buscado, por andar así, por eso, la culpabilizan a mujer” P:303 – *Hombre. Rural, Padcaya Tarija*.

En esta respuesta se expresa con claridad la lógica de la cultura de la violación, que coloca la responsabilidad de la violencia sexual en la víctima, exonerando al agresor. Se refuerza así la idea de que el cuerpo de la mujer es un objeto público, disponible para el deseo masculino, lo que contradice directamente los principios de igualdad de género y autonomía del cuerpo. Esta percepción también anula la posibilidad de que las mujeres ejerzan plenamente sus derechos, y reproduce la noción de que el espacio público pertenece a los hombres, mientras que el movimiento de las mujeres debe estar restringido al espacio privado.

Además, los datos expuestos en el Gráfico 37 evidencian una alarmante realidad: el 90.3% de las AJM de 19 a 28 años, el 79.7% del grupo de 15 a 18 y el 66.7% de las de 12 a 14 años indicaron que las mujeres agredidas sexualmente son responsabilizadas por lo ocurrido. Estos porcentajes reflejan cómo la interiorización de normas y valores patriarcales se arraiga desde edades tempranas (tiempo), consolidando una memoria social que normaliza la culpabilización de la víctima y favorece la impunidad de los agresores.

Similar realidad expresa las respuestas de personas adultas Gráfico 38 que participaron de los grupos focales, aunque con porcentajes menores 48.8%, lo que evidencia cómo esta lógica está arraigada en las generaciones mayores, y se transmite generacionalmente, afectando el movimiento hacia una sociedad más justa.

Gráfico 37. Culpabilización a AJM que sufren VSBG según AJM, AJH,FCM y FCH

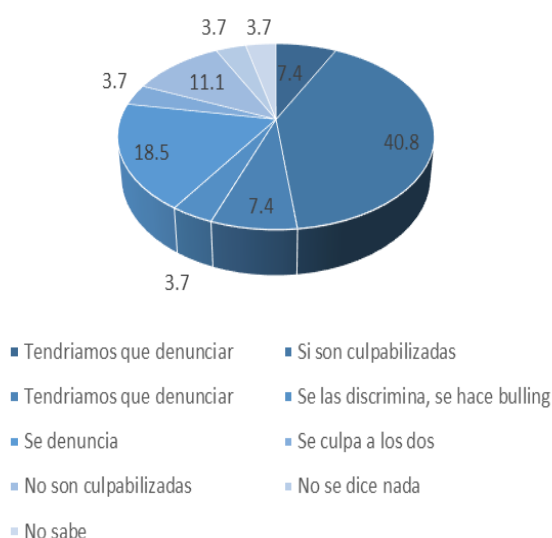
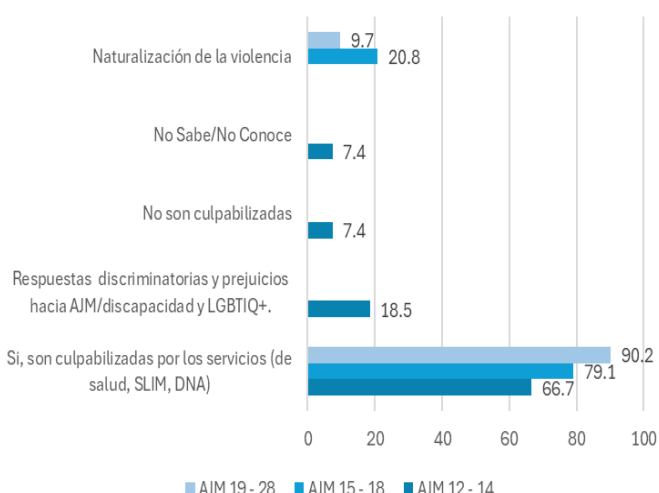


Gráfico 38. Culpabilización a AJM que sufren según AJM



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

La tendencia a responsabilizar a las mujeres agredidas por violencia sexual está estrechamente relacionada con los mandatos tradicionales de género, que colocan en ellas la carga de la moral sexual y del cumplimiento de roles domésticos, mientras se absuelve a los hombres de asumir consecuencias por sus actos. Estas representaciones contribuyen a mantener una estructura desigual que sanciona a las mujeres moralmente, afecta su capacidad de autodeterminación y restringe su derecho a vivir una vida libre de violencia.

Una adolescente de entre 12 y 14 años expresa cómo esta dinámica impacta negativamente en la percepción del valor de las mujeres: “Sí, porque nos hace sentir un poco menos... tenemos las mismas capacidades” P: 63 – Mujer 12 a 14 años. Rural, Villa Serrano, Chuquisaca. Esta afirmación da cuenta de la interiorización de la desigualdad, su impacto en la autoestima, en la apropiación de sus derechos y en la construcción de una identidad fortalecida. La desvalorización del trabajo doméstico y de cuidado, que recae casi exclusivamente sobre las mujeres, refuerza su invisibilidad social y una percepción de inferioridad que limita sus oportunidades y reduce su presencia activa en el ámbito público

En contextos rurales, esta situación se agrava por la imposición de una “doble jornada”, que implica una carga excesiva de responsabilidades en el hogar y limita de forma significativa el acceso a oportunidades educativas, económicas y de participación ciudadana. Esta distribución inequitativa del trabajo y del tiempo niega a las adolescentes el ejercicio pleno de sus derechos, especialmente los sexuales y reproductivos y reproduce ciclos de exclusión que se profundizan con la edad y el entorno sociocultural.

De este modo, los estereotipos de género no solo refuerzan la tendencia a responsabilizar a las mujeres por la violencia que sufren, sino que también restringen profundamente el ejercicio de su ciudadanía plena y su derecho a decidir sobre sus cuerpos. Esta realidad perpetúa relaciones de poder desiguales y consolida estructuras que reproducen la violencia, la discriminación y la exclusión. Al negar la autonomía de las mujeres, se afecta directamente su capacidad de transformar sus condiciones de vida, tanto en lo individual como en lo colectivo.

En resumen, la práctica frecuente de culpabilización a las AJM agredidas sexualmente en contextos rurales y urbanos de los territorios del estudio, refleja una arraigada cultura patriarcal que justifica al agresor y responsabiliza a la mujer en base a prejuicios sobre su apariencia o comportamiento. Esta norma social reproduce estereotipos de género que limitan la autonomía de las mujeres, obstaculizan su inclusión plena y refuerzan desigualdades estructurales que impiden el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Superar esta situación requiere una transformación profunda de las representaciones culturales, el fortalecimiento institucional, y la promoción de la igualdad de género a través de políticas educativas, comunicacionales y comunitarias que aborden las dimensiones del cuerpo, espacio, tiempo, memoria y movimiento desde una perspectiva de despatriarcalización.

7.4.4. Opiniones de FCM y FCH sobre quienes ejercen VBG.

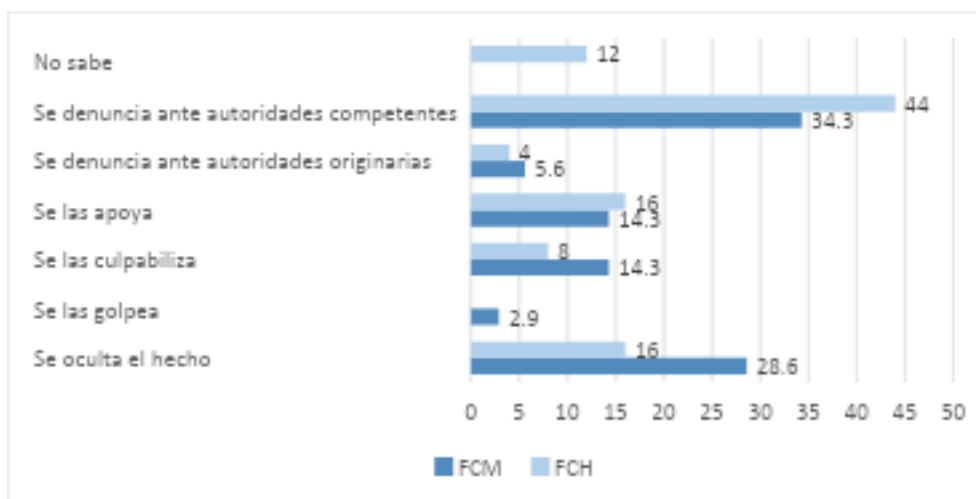
Las respuestas expuestas en el Gráfico 39 muestran que tanto hombres como mujeres reconocen que la VBG es un problema. La primera acción mencionada ante esta situación, según el 44% de las mujeres y el 34,3% de los hombres, es la denuncia ante las autoridades competentes. Esta respuesta representa un avance en el ejercicio del derecho a una vida libre de violencia y refleja una mayor conciencia sobre los mecanismos institucionales de protección. Sin embargo, la diferencia entre géneros evidencia que persisten desigualdades en el acceso y la respuesta institucional, especialmente para las mujeres, como se señala en el Gráfico 39.

En segundo lugar, se observan dos respuestas contrapuestas. Por un lado, un 14,3% de hombres y un 8% de mujeres responsabilizan a la adolescente agredida, y un 2,8% de hombres incluso menciona el uso de la violencia física como forma de corrección. Por otro lado, un 16% de mujeres y un 14,3% de hombres declaran apoyar a la adolescente. Esta tensión expresa el conflicto entre la reproducción de valores patriarcales y procesos emergentes de despatriarcalización.

Las denuncias ante autoridades originarias también están presentes, aunque en menor medida 4% mujeres y 5,6% hombres. Si bien pueden ser significativas en contextos comunitarios, es fundamental que estas formas de justicia se enmarquen en los derechos humanos, evitando reproducir prácticas discriminatorias o excluyentes.

Un dato relevante es que el 12% de mujeres indica no saber qué hacer ante una situación de violencia, lo cual puede interpretarse como resultado del control social sobre el acceso a la palabra. El silencio ha sido históricamente impuesto a las mujeres, y su derecho a denunciar ha estado limitado por normas tradicionales que asocian hablar de violencia como una traición a la comunidad.

Gráfico 39. Opiniones de FCM y FCH sobre quienes ejercen VBG



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Las respuestas también revelan percepciones diferenciadas sobre el rol del entorno familiar y social en la reproducción de actitudes violentas. Las mujeres adultas tienden a expresar mayor empatía hacia las víctimas, mientras que algunos hombres normalizan el machismo y la violencia como rasgos propios de la masculinidad. Esto resalta la necesidad urgente de transformar las relaciones de género, desmontar estructuras de poder y avanzar hacia una sociedad que valore la igualdad y la inclusión de todas las voces.

Una cita expresa esta problemática con claridad: *“Estamos a favor del agresor”*, revela cómo se ha interiorizado la normalización de la violencia masculina. Frases como *“ay no, pobrecito”* P:126 – *Mujer adulta. Rural, Villa Serrano, Chuquisaca*. Asimismo, muchas mujeres relatan con claridad las dificultades para denunciar, debido a estigmas, relaciones afectivas, dependencia económica y prácticas tradicionales que protegen al agresor. Por ejemplo: *“En una escuela, en el caso de una alumna que su padrino le había violado, se dio parte al director, el director a la defensoría, al distrital y los otros los pasos que siguen, pero los padres de la afectada dicen, ¡nojes mi padrino. No, no voy a decir nada, no voy a denunciar, no, no vayas a decir nada. Así, se queda, el maestro no puede hacer nada”*. P: 144 - *Mujer adulta. Rural, Tomina, Chuquisaca*.

Este testimonio refleja cómo ciertos roles simbólicos pesan más que la gravedad del delito *“no voy a decir nada porque es mi padrino”*, reproduciendo una cultura de protección al agresor desde el núcleo familiar. Esta lógica opera en múltiples niveles: el cuerpo silenciado, el hogar como espacio de impunidad, la repetición histórica de patrones, el miedo aprendido y la inacción institucional.

Otra frase *“el maestro no puede hacer nada”* pone en evidencia la fragilidad del sistema educativo como espacio de protección, así como su débil articulación con una respuesta estatal efectiva y sensible al género.

Otro ejemplo: *“Algunas veces las chicas siempre molestan a los chicos y por eso aparecen embarazadas y después dicen que es violación y si avisan en el sindicato, y el sindicato dice si es violación, directamente hacen pasar a la defensoría, en el sindicato no se tratan estos casos. Pero apoyan a la víctima en la demanda, con testigos, por ejemplo”*. P: 164 – *Mujer Adulta. Rural, Aiquile, Cochabamba*.

Expresiones como *“las chicas siempre molestan a los chicos”* perpetúan estereotipos que culpabilizan a las mujeres por su sexualidad, en lugar de cuestionar las estructuras que

permiten la impunidad de la violencia. Esta mirada, anclada en una memoria social patriarcal, debe ser transformada desde la educación y el reconocimiento de los cuerpos de las mujeres como sujetos plenos de derechos.

Si bien algunas opiniones reflejan una conciencia creciente sobre la VBG, persisten estigmas, la naturalización de la violencia y la fuerte influencia de roles tradicionales, sobre todo en contextos rurales. La cultura del silencio, la culpabilización de las adolescentes agredidas y la desconfianza en las instituciones siguen siendo barreras para una denuncia efectiva y una atención adecuada.

Superar estas barreras implica transformar las estructuras sociales, familiares e institucionales desde una perspectiva interseccional, de igualdad de género, inclusión y derechos humanos. Es esencial reconocer el cuerpo como territorio de dignidad, el tiempo como proceso de cambio, el espacio como lugar de empoderamiento, la memoria como herramienta de resistencia y el movimiento como acción colectiva hacia la despatriarcalización.

7.4.5. Responsabilidad de hombres para la prevención de VSBG.

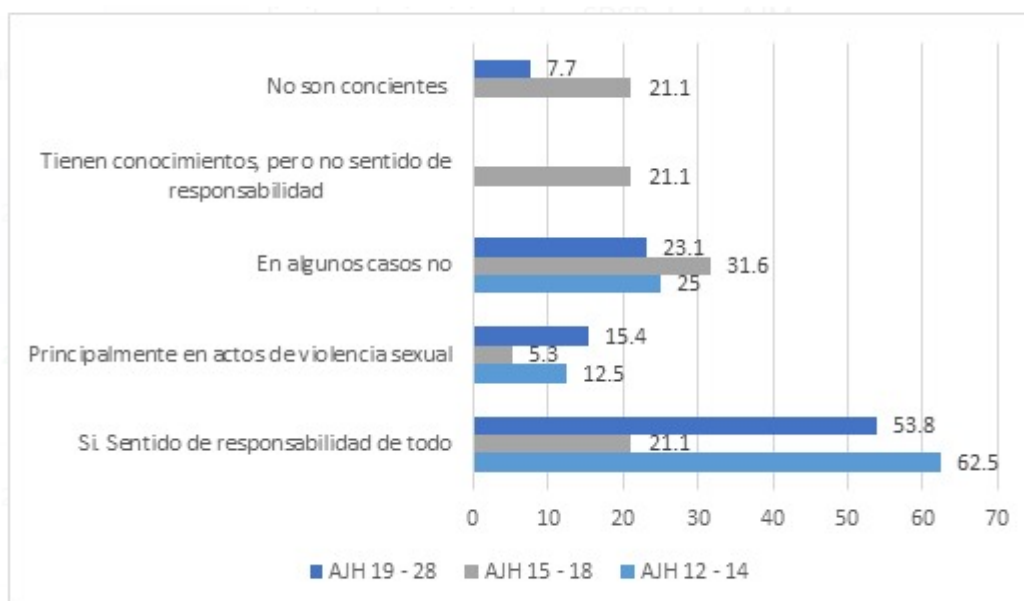
Se indagó si los AJH son conscientes de su responsabilidad en la prevención de la VSBG, cuyos resultados se presentan en el Gráfico 40. Los datos muestran una alta valoración general del sentido de responsabilidad, especialmente en el grupo de 12 a 14 años 62,5%. Esta percepción disminuye al 53,8% entre los de 19 a 28 años y cae drásticamente al 21,1% entre quienes tienen entre 15 y 18 años.

Este hallazgo es clave para comprender los impactos de la socialización patriarcal durante la adolescencia. La caída de la percepción de responsabilidad en el grupo intermedio puede reflejar una reafirmación de la masculinidad hegemónica, que privilegia el poder y el dominio sobre la empatía y el cuidado. Esta situación incide negativamente en el ejercicio de los DSR, afectando la prevención del embarazo adolescente, el consentimiento informado y la construcción de relaciones igualitarias.

Asimismo, una parte significativa de los adolescentes declara sentirse responsable solo en situaciones específicas 25% en el grupo de 12 a 14 años, 31,6% en el de 15 a 18, y 23,1% en el de 19 a 28, lo que indica que la conciencia sobre la VSBG sigue siendo fragmentaria y contextual, no estructural. Además, el 21,1% del grupo de 15 a 18 años no reconoce responsabilidad alguna, y otro porcentaje similar afirma tener conocimientos sin asumir un compromiso activo.

Los bajos porcentajes de AJH que vinculan explícitamente su responsabilidad con la VSBG (12,5%, 5% y 15,4%, respectivamente, por grupo de edad) evidencian la necesidad urgente de fortalecer la EIS con enfoque de género, inclusión e interseccionalidad desde edades tempranas. Esta intervención permitiría resignificar el cuerpo como territorio de derechos, el espacio como ámbito de relaciones no violentas, el tiempo como proceso formativo y la memoria como herramienta de transformación social.

Gráfico No. 40. Responsabilidad de hombres para la prevención de VSBG



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Las narrativas de los AJH ofrecen insumos clave para comprender los niveles de conciencia y sus tensiones. En muchos casos, se observa una desconexión entre el conocimiento y la acción. Aunque se reconoce la violencia, el miedo al juicio social y los mandatos de masculinidad silencian las denuncias y frenan los procesos de cambio. Esta parálisis refleja cómo el espacio público se vuelve hostil para las voces disidentes y cómo el tiempo parece detenido por la memoria patriarcal.

“Yo creo que sí somos conscientes, pero a veces lo dejamos pasar en el momento, uno lo deja pasar.” P: 336 - Hombre, 19 a 28 años. CM rural, El Puente, Tarija

Este testimonio ilustra una desconexión entre el discurso y la práctica: una conciencia parcial sin cuerpo ni acción. Los AJH que no se movilizan hacia el cuidado ni la protección sigue siendo un obstáculo para erradicar la violencia: *“A veces uno no quiere meterse porque después lo tildan de que es maricón o se meten con uno.” P: 174, Adolescente 15 a 18 años, CM rural, Vallegrande, Santa Cruz.*

Esta experiencia muestra cómo el espacio social puede cerrarse para las voces disidentes, convirtiendo la denuncia en una traición a la norma, en una manifestación del tiempo detenido en la memoria patriarcal. El silencio se convierte en una forma de protección del agresor, perpetuando el ejercicio del poder patriarcal.

En el grupo de 15 a 18 años predomina una percepción difusa y contradictoria. Estas expresiones revelan procesos de reafirmación de una masculinidad tóxica, donde el cuerpo es símbolo de poder y no de responsabilidad:

“Mayormente algunos varones no son conscientes porque no se quieren hacer responsables de las consecuencias como el embarazo” P: 227 – Hombre 15 a 18 años. Rural, El Puente Tarija

“Todos tienen el conocimiento de cómo parar, cómo frenar, pero no quieren” P: 236 – Hombre 15 a 18 años. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca

“Lo felicitan, le dicen que bien que lo hiciste, porque se cree tener más vida sexual es más hombre” P: 222 – Hombre 15 a 18 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz

Estas concepciones y prácticas dificultan relaciones respetuosas y empáticas. La memoria colectiva que celebra la conquista sexual como señal de virilidad impide la transformación de las relaciones de género. Aquí, el espacio educativo se perfila como un territorio estratégico para intervenir en la construcción de nuevos significados sobre el cuerpo, el consentimiento y la equidad.

En contraste, entre los adolescentes de 12 a 14 años las narrativas muestran una comprensión incipiente pero prometedora, enmarcada en escenarios que abren posibilidades de transformación si son acompañadas con intervenciones adecuadas:

“Si una persona hace sexo y no utiliza protección, ya las dos personas cargarían las responsabilidades...” P: 41 – Hombre 12 a 14 años. Rural, Aiquile, Cochabamba-

Este testimonio evidencia que, si bien los adolescentes ya manejan ciertos saberes, necesitan un acompañamiento crítico que les permita traducir esos conocimientos en el ejercicio de sus DSR, la igualdad de género y la justicia.

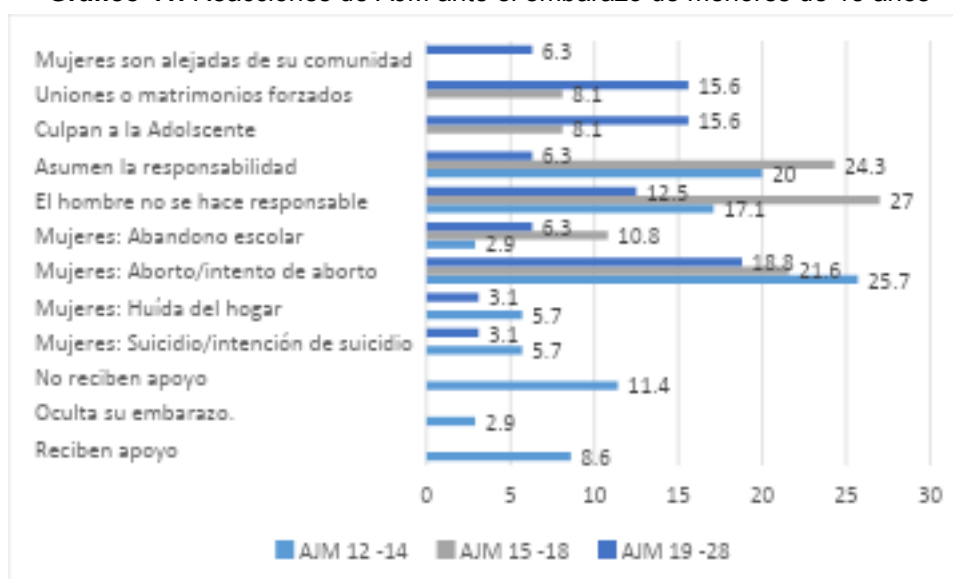
En resumen, los hallazgos evidencian que, aunque hay una creciente sensibilización sobre la responsabilidad de los hombres jóvenes en la prevención de la VSBG, esta conciencia es todavía frágil, desigual y muchas veces simbólica. La socialización patriarcal continúa moldeando profundamente la manera en que los adolescentes y jóvenes entienden y ejercen su masculinidad, especialmente en contextos rurales, donde los mandatos tradicionales están arraigados históricamente y culturalmente.

Las dimensiones de cuerpo, tiempo, espacio, memoria y movimiento permiten comprender que transformar la violencia no es solo una cuestión de normas legales, sino de resignificar profundamente las relaciones de género desde la vida cotidiana. Por tanto, se recomienda fortalecer la EIS desde una perspectiva de género, interculturalidad e inclusión, priorizando intervenciones con adolescentes varones en todos los niveles educativos. Esta estrategia debe ser sostenida, contextualizada y articulada con procesos comunitarios para lograr una transformación estructural y cultural.

7.4.6. Reacciones ante el embarazo de menores de 18 años.

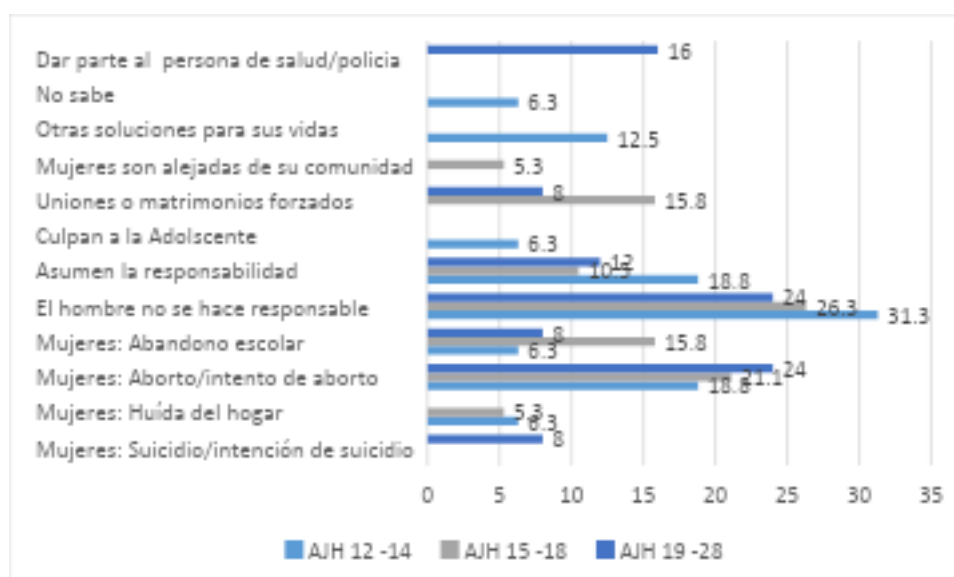
El elevado índice de embarazo adolescente es uno de los problemas priorizados por el proyecto REACH. Su abordaje implica trabajar sobre las creencias, tradiciones, actitudes y prácticas socioculturales que se constituyen en barreras y limitan el ejercicio de SDR. Este fenómeno representa un punto crítico para comprender las intersecciones entre desigualdad de género, exclusión social, VBG y la negación de derechos fundamentales. Se manifiesta como una expresión concreta del control patriarcal sobre los cuerpos, tiempos y trayectorias de vida de las adolescentes, imponiendo una ruptura forzada en su desarrollo integral.

Gráfico 41. Reacciones de AJM ante el embarazo de menores de 18 años



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Gráfico 42. Reacciones de AJH ante el embarazo de menores de 18 años



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Según las respuestas de AJM y de AJH presentadas en los Gráficos 41 y 42, así como las citas textuales recogidas, el embarazo adolescente genera diversas reacciones y decisiones en mujeres, hombres, madres y padres, que se analizan a continuación

La reacción más frecuente, es que el hombre evade su responsabilidad ante en embarazo. Según los datos, los adolescentes varones de entre 12 y 28 años niegan la paternidad en porcentajes significativos (31,3% de 12-14 años, 26,3% de 15-18, 24% de 19-28) y también por el 27 % de las adolescentes mujeres de 15 a 18 años, el 17,1% del grupo de 12 a 14 años y el

12,5 % de las 19 a 28 años. Esta conducta refuerza la desigualdad de género y refleja la impunidad con la que muchos hombres transitan las relaciones afectivas y sexuales, dejando a las adolescentes solas, vulnerables y expuestas al juicio social, a la violencia institucional y a la interrupción de su proyecto vida. Este patrón perpetúa la violencia simbólica y estructural basada en género, además de naturalizar la maternidad como destino impuesto para las mujeres. Se evidencia también una profunda desconexión con la dimensión corporal de la despatriarcalización, al no reconocer el derecho de las adolescentes a decidir libremente sobre sus cuerpos y maternidades. Así se expresa en la siguiente cita: *“El hombre huye de la mujer porque no quiere hacerse cargo y le deja así sola. Y la mujer por rabia se quiere desquitar con el hijo, hija y quiere perder o abortar.”* P: 42 – Hombre 12 a 14 años. Rural, Aiquile, Cochabamba.

La segunda reacción más frecuente es el aborto o intento de aborto, según el 25,7% de las AJM del grupo de 12 a 14 años, el 21,6%, de las de 15 a 18 el 18,8% de las de 19 a 28 años. Y también por el 24% de los jóvenes de 19 a 28 años, el 21.1% de los de 15 a 18 y el 18,8% del grupo de 12 a 14 años, lo que indica una respuesta desesperada y, en muchos casos, clandestina. Este dato, más allá de mostrar una práctica extendida, visibiliza la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva seguros, oportunos y libres de estigma. El aborto en este contexto está marcado por el miedo, la presión y la criminalización, especialmente en adolescentes que no cuentan con apoyo familiar o institucional. Esta situación evidencia una violación sistemática del derecho a decidir, además del uso coercitivo del tiempo (interrupción forzada de los estudios, proyectos de vida, decisiones vitales), lo cual impide que las adolescentes ejerzan autonomía sobre su futuro. La respuesta literal que visibiliza este resultado es: *“Las chicas se ponen mal, hasta llegan a matarse o abortan al bebé. Y hay algunas chicas que no reciben el apoyo de su familia o no cuentan a nadie por el miedo a que le digan algo, que las rechace.”* P:86 - Mujer 12 a 14 años. Urbano, DM6, Santa Cruz.

La tercera reacción, aunque menos frecuente, es que los adolescentes asuman su responsabilidad y constituyan una familia. En este rango también se encuentran los MUTF, que según los testimonios es muchas veces arreglado por los padres. Seguidamente se expresa la huida del hogar, el abandono escolar, el alejamiento forzado de la adolescente embarazada de su hogar. Resalta también que el 16 % de jóvenes hombres de 19 a 28 años reportan denuncias que generalmente se realizan cuando el autor del embarazo se niega a asumir su responsabilidad. Estas reacciones están cargadas de dinámicas de control y coerción sobre las AJM, y responde a normas sociales patriarcales que refuerzan el rol reproductivo de las mujeres y legitiman el abandono escolar, la pérdida de redes de apoyo y el confinamiento a la esfera doméstica. Aquí se entrecruzan las dimensiones de espacio y movimiento, ya que muchas adolescentes son expulsadas de sus hogares o escuelas, restringiendo su libertad y autonomía.

También se reportan presiones sociales, tanto de la pareja como de las familias, que incluyen culpabilización, chantaje emocional y amenazas. Este tipo de violencia refuerza el mandato de castigo hacia quienes rompen con las normas sociales sobre la sexualidad femenina, y refuerza el control sobre los cuerpos de las adolescentes. La dimensión de memoria también se vincula, pues en muchos casos estas experiencias de embarazo adolescente y la violencia asociada quedan como marcas traumáticas que acompañan a las mujeres a lo largo de su vida: *“Muchas veces, los hombres, es como que no se agarran esa, digamos, dicen no sé con quién habrás estado, pero ese hijo no es mío.”* P:266 -Mujer 15 a 18 años. Rural, Porongo, Santa Cruz.

Las madres y padres también ejercen presión sobre las adolescentes, muchas veces desde el temor al juicio social, reforzando narrativas de honor familiar que priorizan la reputación por sobre el bienestar de sus hijas. Esta presión interrumpe el tiempo vital de las adolescentes, imponiéndoles decisiones ajenas a sus deseos.

“Y me dijo ella que quería tenerlo, pero que su mamá le amenazó, que no le iba a apoyar, que iba a estar sola, decidió abortar”. P: 256- Mujer 15 a 18 años. CM rural, Tomina, Chuquisaca.

La comunidad escolar y social también reproduce estas dinámicas: con críticas, tratos irrespetuosos y bullying. Estas actitudes consolidan un entorno hostil, lo que limita aún más el ejercicio de derechos, ahonda la exclusión y refuerza la desigualdad de género.

“Mayormente la que sale fregada es la mujer. Porque un hombre puede negarlo, hacerse el quité, e irse con otra. Pero la mujer tiene que encargarse del hijo... la gente tiene boca por todos lados y la empieza a juzgar.” P: 84 – Mujer 12 a 14 años: CM rural, El Torno, Santa Cruz.

Estas reacciones sociales y familiares muestran cómo el embarazo adolescente está atravesado por dinámicas patriarcales que niegan a las adolescentes el derecho a decidir libremente sobre su cuerpo, afectando profundamente su bienestar físico, emocional y social. El control sobre su sexualidad y reproducción es un reflejo claro de una estructura que perpetúa la subordinación de las mujeres desde edades tempranas.

En resumen, las reacciones frente al embarazo adolescente evidencian un entramado de desigualdades de género, exclusión, negación de derechos y control patriarcal sobre los cuerpos y vidas de las adolescentes. Estas experiencias son reflejo de un orden social que subordina a las mujeres desde temprana edad, obstaculizando su autonomía, vulnerando su dignidad y perpetuando ciclos de violencia y pobreza. Las múltiples formas de presión, abandono y violencia simbólica afectan las dimensiones de cuerpo, tiempo, espacio, memoria y movimiento, elementos fundamentales para una vida libre de violencia y con pleno ejercicio de derechos.

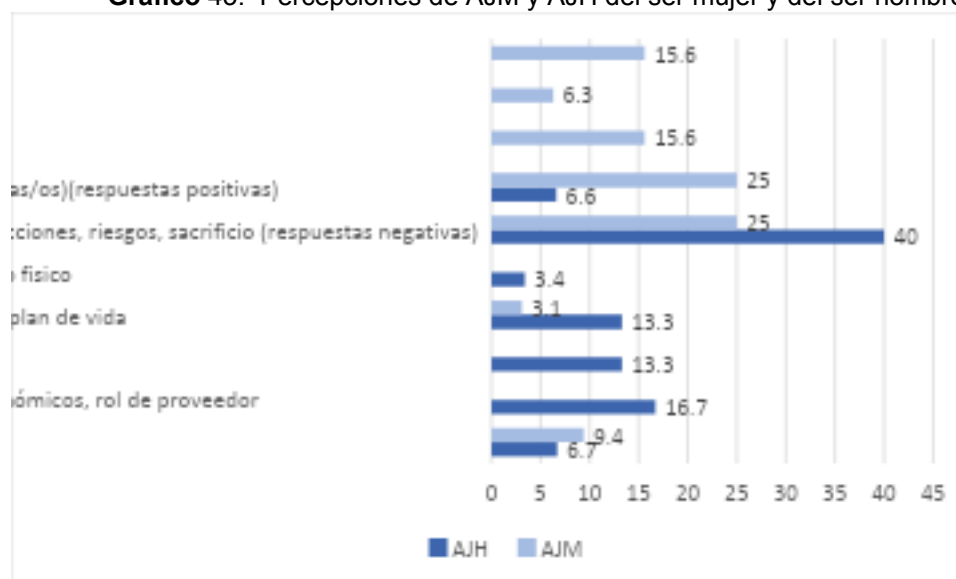
7.4.7. Percepciones de AJM y AJH del ser mujer y ser hombre.

Los rasgos de masculinidad y feminidad son construcciones sociales que varían según el contexto cultural e histórico y no están determinados por la biología. Desde el enfoque despatriarcalizador, se reconoce que estos rasgos pueden y deben ser modificados⁴ para promover una sociedad más justa, inclusiva y equitativa. Las percepciones que tienen las AJM y los AJH, sobre su ser mujer u hombre están profundamente atravesadas por los mandatos sociales, normas de género y roles que perpetúan desigualdades, discriminación y violencia. Analizar estas percepciones es clave para transformar las estructuras patriarcales, garantizar el ejercicio pleno de SDR y prevenir la VBG.

Las respuestas sistematizadas en el Gráfico 40 muestran importantes diferencias entre AJM y AJH en cuanto a cómo viven su adolescencia. Por ejemplo, un 25% de las AJM considerada ser adolescente es malo, desventajoso y de restricciones, mientras el 26 % señala que una etapa buena por la socialización y otros 15,6% lo vive como una etapa difícil por los cambios. Este grupo reporta que la adolescencia implica una pérdida progresiva de libertad, con un fuerte control sobre el cuerpo, el comportamiento y las decisiones. Esta vivencia es particularmente significativa al analizar la dimensión del cuerpo, ya que las adolescentes deben adaptarse a normas impuestas sobre cómo deben vestir, comportarse o relacionarse con otros, limitando su autonomía y profundizando la subordinación de género.

⁴ Lamas, M. (2003). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG-UNAM. [archive.org > details > El Género](http://archive.org/details/El_Genero).

Gráfico 43. Percepciones de AJM y AJH del ser mujer y del ser hombre.



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Los contenidos de las respuestas literales evidencian que las y los adolescentes y jóvenes de ambos sexos vivencian la adolescencia como etapa muy difícil de transición hacia la madurez, porque se requiere aprender a manejar los cambios emocionales y físicos propios, como la menstruación, las fluctuaciones de humor, las conductas “con compostura” o recatadas y hasta en la forma de vestir que son parte de los mandatos socioculturales que deben cumplir para ser mujer. Así destacan las adolescentes de 12 a 14 años:

“Es difícil porque te tienes que cuidar mucho más y te vienen los cambios del cuerpo, la menstruación es muy dolorosa.” P: 94, 95, 102 – Mujeres 12 a 14. CM rural, Aiquile, Cochabamba.

“Pierdes tus gustos de cuando eras niña, tu forma de vestir, de pensar.” P: 112 – Mujer 12 a 14 años, CM rural, Tomina, Chuquisaca.

Estas experiencias también reflejan la dimensión de memoria en la despatriarcalización, ya que marcan transiciones impuestas por el mandato de género que deja huellas emocionales duraderas y afectan la autoestima y salud mental. En esta etapa, además, se carece de procesos de educación integral en sexualidad, lo que restringe el ejercicio del derecho a decidir sobre el propio cuerpo, aumenta la vulnerabilidad frente a la violencia sexual y el embarazo no planificado, y bloquea el acceso pleno a los SDSR.

Las AJM de 15 a 18 años se añade mayor exigencia y presión para cumplir los roles y responsabilidades tradicionales que se analizó en el punto de roles y responsabilidades de este documento (pág. 21) como manifiesta la siguiente cita: *“Como tú eres mujer, tienes que aprender a cocinar. “Si no cocinas, tu suegra no te va a querer”. P: 246 – Mujer 15 a 18 años, Rural, Padcaya, Tarija.*

Esta cita evidencia como la presión de madurar rápidamente y enfrentar situaciones como la violencia o el acoso es palpable, esto junto a la carencia de procesos de educación integral en sexualidad y dificultades de acceso a los servicios de SSR y PfvG, constituyen barreras para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, a una vida libre de violencia y limita el movimiento de las adolescentes al restringir sus oportunidades de estudio, autonomía y desarrollo personal.

Para las jóvenes de 19 a 28 años también experimentan una fuerte presión social para casarse, ser madres o “hacer vida en pareja”, incluso si esto implica dejar de estudiar o trabajar. Este

control social ejerce coerción sobre sus decisiones de vida y refleja la dimensión del tiempo en la despatriarcalización: el tiempo de las mujeres es apropiado por otros (familia, pareja, comunidad), negándoles la posibilidad de decidir libremente sobre sus ciclos vitales.

“Antes decían que sí o sí a los 16, 17 años te tenían que casar, si no te andan molestando.” P:39 - Hombre 12 a 14 años. Rural, Aiquile, Cochabamba.

“Sí aquí las mujeres estamos juzgadas, porque aquí nos conocemos todos. Ah, mira, ella ya ha salido y ni siquiera está trabajando. Mira, ella ni siquiera está estudiando. Se ha quedado ahí” P: 183 – Mujer de 19 a 28 años. CM rural, Villa Serrano Chuquisaca.

Incluso cuando las AJM identifican la adolescencia como una etapa “bonita”, está condicionada por la vigilancia y las críticas sociales constantes, lo cual muestra la dimensión del espacio como una frontera controlada: el espacio social disponible para las mujeres jóvenes es limitado, vigilado y sancionado.

“Es bonito crecer aquí, pero también hay muchos límites. Si una mujer quiere tomar decisiones sobre su vida, muchas veces es criticada”. P: 190 – Mujer 19 a 28 años. CM rural, Porongo, Santa Cruz.

Ser adolescente hombre, los AJH también enfrentan desafíos en su tránsito adolescente. El 40% considera esta etapa como desventajosa, aunque por razones distintas: la presión de contribuir económicamente, expectativas de “madurar rápido” y la dificultad para expresar emociones o pedir ayuda. Esta presión la aleja de un modelo de masculinidad transformadora, y los sitúa en un modelo rígido que les exige ser proveedores, fuertes y emocionalmente inaccesibles.

“Cuando éramos niños podíamos jugar más, pero ahora como adolescentes tenemos más responsabilidades en la casa y con el colegio”. P: 45 - Hombre, 12 a 14 años. Rural, Padcaya, Tarija.

“Los desafíos son económicos, problemas en casa, problemas del trabajo, problemas psicológicos.” P: 43 - Hombre 12 a 14 años. CM rural, Aiquile, Cochabamba.

Algunos AJH reconocen que el acceso a información sobre sexualidad y derechos es limitado, especialmente en zonas rurales, lo cual refuerza la perpetuación de estereotipos de género y prácticas discriminatorias.

“En el tema de la sexualidad, no está tan cerrada como en otras comunidades o lugares alejados.” P: 221 - Hombre 15 a 18 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz.

Estas percepciones son una oportunidad clave para impulsar masculinidades transformadoras que liberen a los varones del mandato de fuerza, autosuficiencia y silencio emocional, promoviendo relaciones igualitarias y afectivas basadas en respeto mutuo, autocuidado y corresponsabilidad.

Las percepciones de ser mujer u hombre en la adolescencia reflejan el peso de estructuras patriarcales que limitan el desarrollo pleno, autónomo y saludable de las y los jóvenes. Las AJM enfrentan mayores niveles de control sobre sus cuerpos, tiempos y espacios, lo que restringe sus oportunidades y vulnera sus derechos. Por otro lado, los AJH también viven limitaciones bajo mandatos de masculinidad rígidos, que les impiden conectarse con sus emociones, recibir apoyo o cuestionar el poder que se les asigna. Estas construcciones sociales afectan de manera diferente pero complementaria a ambos géneros, perpetuando un sistema desigual y violento.

En resumen, AJM en los municipios de estudio es difícil e inseguro: en primer lugar, porque las AJM sienten que la presión de sus madres, padres y entorno las limita en su autonomía, exigiendo cómo deben comportarse, vestirse e incluso pensar, lo que restringe su capacidad de tomar decisiones no solo sobre su SDSR, sino también sobre su desarrollo integral. En segundo lugar, la presión y la estigmatización les afectan en su autoestima y salud mental debido al

miedo que genera el riesgo de sentirse juzgadas, controladas, señaladas y estigmatizadas, lo que puede ocasionar aislamiento y colocarlas en una situación de mayor vulnerabilidad ante la VBG y la VSBG. En tercer lugar, la falta de información y acompañamiento sobre procesos naturales, como la menstruación o los cambios hormonales y de “humor”, les genera miedo e incertidumbre, lo que puede llevarlas a asumir conductas erróneas que ocasionen en otros problemas.

7.4.8. Ideas y prejuicios de prestadoras/es de servicios

En este punto, se relaciona los resultados y análisis de ideas y prejuicios en los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes y prácticas que reproducen estereotipos de género en los SSR y PfVBG.

Uno de los principales problemas en los SSR para adolescentes y jóvenes es la negación de los propios prejuicios por parte del personal de salud, lo cual refleja una falta autocrítica institucional y desconocimiento del marco normativo que reconoce a adolescentes como sujetos de derechos. Esta perspectiva adultocentrista refuerza dinámicas de poder que restringen el derecho de los y las adolescentes a decidir sobre su cuerpo y su sexualidad. Como lo expresa la siguiente cita: *“Muchas veces la profesional falla por su prejuicio personal al decirle, pero ¿para qué necesitas?, todavía eres joven. ¿Tan rápido vas a iniciar tu vida sexual? ¿Sabe tu mamá? ¿Sabe tu papá? Entonces, yo creo que estamos cerrando una puerta con el adolescente”* P: 24 – Mujer adulta, CM rural, Aiquile, Cochabamba. Este tipo de prácticas no solo desincentiva la búsqueda de información y atención, sino que contribuye a consolidar barreras simbólicas que afectan el acceso real y efectivo a los servicios.

Estos prejuicios no se limitan a las creencias personales, sino que están institucionalizados en las prácticas cotidianas de atención, como lo señala esta respuesta: *“Me han contado jóvenes que van y piden un anticonceptivo en el centro de salud y les dicen, ¿para qué vos lo querés a tu edad? O sea, así el adolescente no vuelve. Cuando en realidad debería darle una atención más en confianza, en confidencialidad y debería darle información ¿no?”* P: 28 - Hombre adulto, rural, El Torno, Santa Cruz. La falta de confidencialidad, el juicio moralizante y el enfoque punitivo sobre la sexualidad adolescente limitan el acceso a servicios básicos, reproduciendo desigualdades estructurales que afectan sobre todo a mujeres jóvenes. Esta situación evidencia un sistema que aún no garantiza un entorno seguro y libre de discriminación, tal como mandatan las normativas nacionales e internacionales.

Otro factor crítico que impide el avance de políticas inclusivas es la revictimización institucional en casos de violencia basada en género (VBG). El testimonio de un hombre en Santa Cruz ilustra esta problemática: *“Por ejemplo, en un colegio cuando una menor quiere hablar, le cuenta primero a su amiga, luego tiene que contarle a su profesor, luego al director, luego a la mamá. Luego tiene que contarle a la psicóloga de la unidad víctimas especiales, luego a la policía, luego a la fiscalía, luego a la psicóloga, luego tiene que ir a una cámara Gesell, luego tiene que hacer una pericia. O sea, es una revictimización increíble. La misma normativa está permitiendo esa revictimización”*. P:18 – Hombre adulto, Urbano, Distrito Municipal 6, Santa Cruz. Esta dinámica no solo prolonga el trauma, sino que refuerza jerarquías patriarcales que vulneran la autonomía de las adolescentes, desmotivando la denuncia y perpetuando la impunidad.

Además, los prejuicios socioculturales y generacionales se articulan con otras formas de exclusión, como el machismo, el tabú religioso y la precariedad económica, expresada así: *“el tabú es lo cultural. En la familia, que es más que todo, que influye mucho, no en estos menores y en lo económico...”* P: 9 – Mujer – CM rural, Porongo Santa Cruz. Estos factores dificultan el acceso a información y servicios, y fomentan un entorno en el que la sexualidad adolescente es percibida como inmoral como un hombre relata: *“el temor al qué dirán... los papás ahí no estamos preparados... primero lo queremos matar... generamos muchas veces ese pensamiento de miedo”* P: 21- Hombre, CM

rural, Aiquile Cochabamba, dejando en evidencia cómo el juicio social y familiar limita la autonomía de los y las adolescentes.

La estigmatización de la sexualidad adolescente también se refleja en la manera en que la sociedad y el personal de salud interpretan la sola búsqueda de servicios como manifiesta la cita: “cuando un adolescente acude a estos servicios, es tachado de que es una persona con vida sexual activa... la sociedad le empieza a mirar mal” P: 19 – Hombre, CM rural, Padcaya Tarija. De igual forma, una mujer en Tomina, Chuquisaca relata: “si un adolescente va a solicitar los preservativos... ellos dicen ¿Por qué a esta edad? ¿Por qué vas a iniciar todavía tu vida sexual? ¿Tu papá sabe?... ya no va a ir más el centro AIDA” P:22- Mujer adulta, CM rural, Tonina Chuquisaca. Estas declaraciones reflejan cómo los juicios de valor y las normas morales impuestas por adultos actúan como barreras directas a la atención.

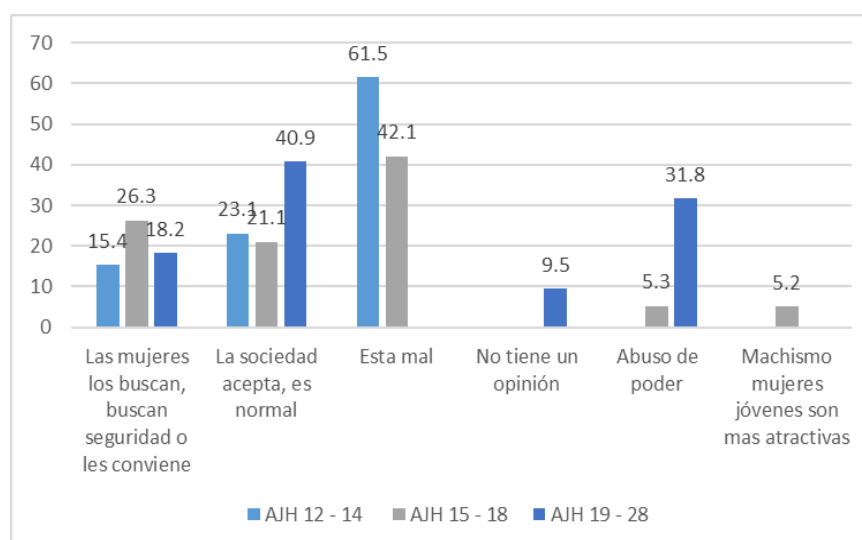
Además, la falta de atención integral y diferenciada hacia adolescentes impide que los servicios respondan de forma adecuada: “la mitad del personal sí son bien enfocados en adolescentes... pero como hay también otros que no toman en cuenta a los adolescentes, solamente les atienden su enfermedad y listo” P: 12- Mujer adulta, CM rural, Padcaya Tarija, señalando un trato desigual que revela un desconocimiento de las necesidades específicas de esta población.

Por último, destaca la ausencia de políticas estructuradas para el acompañamiento en situaciones como el embarazo adolescente, lo cual refleja una falta de voluntad institucional para abordar esta problemática desde un enfoque integral: “les dicen, no?, bueno, ya estás embarazada, y ahora pa tu casa y a cuidar al hijo... falta un apoyo capaz de la parte psicológica... hacemos actividades pa comprarle un carrito...” P: 14 – Hombre, rural, El Torno, Santa Cruz. Este testimonio pone en evidencia cómo la comunidad debe responder ante la inacción del Estado, reproduciendo un modelo que penaliza la maternidad adolescente sin ofrecer alternativas reales de contención ni reinserción social.

7.4.9. Opiniones de AJH sobre matrimonios o uniones tempranas forzadas (MUTF).

Las opiniones sobre MUTF los de AJH expuestas en el Gráfico 42 muestra una variedad de perspectivas que van desde el rechazo claro, hasta la normalización de estas prácticas. Las respuestas reflejan cómo las estructuras de poder, la cultura patriarcal, y las presiones económicas y las dinámicas familiares contribuyen a la aceptación de relaciones desiguales, muchas veces asociadas a la violencia de género. En este contexto, es crucial incorporar las dimensiones de la despatriarcalización, como el cuerpo, la memoria, el tiempo, los espacios y el territorio, y cómo estas influyen la percepción y vivencia de las uniones tempranas, además de resaltar las implicancias de la igualdad de género, la inclusión, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y la violencia basada en género.

Gráfico 44. Opiniones de AJH sobre MUTF



Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Las respuestas textuales de AJH de los tres grupos de edad, de los 4 departamentos, han manifestado las razones del MUTF como se los puede evidenciar en las siguientes citas:

“Que un hombre mayor se junte con menor de edad la ley establece que esto es un delito se debe hacer cumplir la ley... habrá que hacer campañas, festivales, sensibilizaciones” P:362 – Hombre 19 a 28 años. CM rural, Aiquile, Cochabamba

“Por tema económico, porque él le da plata a ella, a veces es más de interés que se meten muchas veces. Pero eso, yo lo veo mal.” P:346- Hombre 19 a 28 años. Urbano, Distrito Municipal 6, Santa Cruz

“Mayormente lo observa en el campo es que los mismos padres entregan a sus hijos... directamente por eso se ve a una madre que son jóvenes, ya está ya con hijos, yo creo que es socio cultural y la parte económica es el motivo.” P:337 – Hombre de 19 a 28 años. CM rural Padcaya, Tarija

“Los junta, entre los padres se ponen de acuerdo para que no queden mal su nombre y su apellido...” P: 221 – Hombre 15 a 18 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz.

“A veces por insistencia o porque una chica necesita dinero... con eso ganan una forma más fácil.” P: 46 Hombre 12 a 14 años. CM rural Padcaya Tarija.

Estas citas muestran que la normalización del MUTF surge de estructuras patriarcales que reducen a las adolescentes a objetos de transacción económica y social, reforzadas por la desigualdad de género y la ausencia de sanción efectiva. La impunidad, expresada en la renuencia a denunciar o intervenir legalmente agrava la situación, pues estas prácticas se consideran “asuntos privados” o “culturales” y no delitos

Por otro lado, el componente económico mencionado repetidamente en las respuestas, como en las citas de los hombres de Santa Cruz y Tarija, refleja cómo las uniones tempranas y forzadas están fuertemente vinculadas a la desigualdad de género y a la vulnerabilidad estructural de las mujeres. Esta vulnerabilidad es, en gran medida, producto de una cultura patriarcal que no solo minimiza los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sino que también las obliga a transitar por relaciones que son desiguales y muchas veces violentas. El cuerpo de las jóvenes se ve como un objeto de transacción, ligado no solo a las expectativas culturales sino también a las necesidades económicas que, en muchos casos, las familias imponen sobre ellas. Este fenómeno se profundiza cuando se menciona que las propias madres o familias organizan estas uniones, lo que refleja una internalización de la violencia y la desigualdad.

Es relevante también el aspecto del territorio y los espacios donde estas uniones se dan, especialmente en las áreas rurales donde, como señala uno de los hombres de Padcaya, Tarija, los padres entregan a sus hijas por motivos económicos o de control social. El espacio rural no solo es un lugar físico, sino también un contexto cultural que, en muchos casos, promueve la desigualdad y la violencia. En este sentido, la despatriarcalización del territorio debe implicar un trabajo hacia la equidad y el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, en tanto que la igualdad de género no debe limitarse a un discurso, sino a prácticas cotidianas que transformen la cultura y el acceso a derechos.

También, se ha explorado las acciones comunitarias que se realizan para prevenir el matrimonio o uniones tempranas forzadas. Las respuestas recabadas muestran que en la mayoría de los territorios de intervención del proyecto REACH, las organizaciones sociales no tienen acciones

de prevención definidas según el 50%, aunque en algunos casos han intentado sensibilizar a la población con acciones puntuales a partir de algún caso un hecho, como la violación a una niña que corresponde al 20%, un 20% refieren que falta información sobre este tema y un 10% indican que apoyan en investigación de algunos casos que son denunciados ante las OS.

Las respuestas de dirigente/es de organizaciones sociales que evidencian lo planteado son:

"A veces, ya que vivan, que vivan dicen. Sí hay oposición más allá, hay violación peor es. Por eso tiene que ser de ellos la decisión. No se puede hacer nada, obligarles, nada por eso no quieren hacer por la vía legal. Si lo demando, no me va a dar dicen, así como acuerdo verbal quedan y no se puede hacer ya nada" "A esas cosas no nos metemos, casi. Sus madres dicen es su vida, vivirá allá. Pero hay muchos que viven así. P: 4- Mujer adulta. CM Tomina, Chuquisaca.

"Lo que pasa que poco se sabe de eso. ¿Por qué? yo pienso que ahí esconden para no tener problemas. No nos olvidemos también que hay muchos jóvenes que también han sido víctimas y están presos porque, se le ocurrió a la mamá o no lo quiera. Chico que era bueno y estuvo de novio con una joven fue demandado y lo meten preso, siendo que son novios". P: 3 – Mujer adulta. Urbano, Distrito Municipal 6, Santa Cruz.

Los SLIMs y DNA realizan charlas educativas, ferias informativas y talleres que buscan generar conciencia sobre las consecuencias de la VBG, VSBG y educar a jóvenes y sus familias sobre las implicaciones legales y los DSR. Desde la mirada de dirigentes de las OS se observa que no se incluye el tema del MUTF:

"No se está haciendo nada, para prevenir debe hacerse ferias, talleres y dentro de la familia debe hablarse de que una relación entre una menor de edad y un hombre adulto o muy mayor es un delito, hay que hacer entender esto a todos.... debemos hablar de estos temas primero en la casa, luego en los colegios, en los servicios de salud. Y dentro del sindicato se debe poner castigos para los hombres que buscan a menores de edad (...) No podemos mirar ni seguir aceptando estas uniones entre adultos y menores de edad". P: 8 - Mujer adulta. Rural, Aiquile, Cochabamba

Las acciones comunitarias para prevenir los matrimonios o uniones tempranas forzadas revelan una falta de conciencia estructural sobre la violencia basada en género (VBG), la violencia sexual y basada en género (VSBG) y los derechos sexuales y reproductivos (DSR). Aunque algunas organizaciones sociales han intentado sensibilizar a la población, los esfuerzos son limitados y, en muchos casos, se encuentran desarticulados o dirigidos por iniciativas aisladas. El hecho de que solo un 20% de las organizaciones se involucren en sensibilización a raíz de un caso puntual, como una violación, muestra la urgencia de un enfoque más integral que aborde las raíces estructurales de la violencia y las uniones tempranas forzadas.

Las respuestas de los dirigentes de organizaciones sociales también reflejan la falta de comprensión sobre el carácter estructural del MUTF, y la tendencia a considerar estos casos como un asunto privado o cultural. La cita de una mujer adulta en Tomina, Chuquisaca, muestra cómo la aceptación de las uniones tempranas forzadas se percibe como una especie de "vida privada" de las personas involucradas, lo cual minimiza la responsabilidad social y legal. Este tipo de respuestas refleja la necesidad de un cambio radical en la comprensión de la violencia y la explotación sexual de menores, que debe ser abordada no solo desde un punto de vista legal, sino también desde la deconstrucción de la cultura patriarcal que justifica estas prácticas.

En términos de despatriarcalización del espacio y la memoria, es clave reconocer que el silencio y la invisibilidad de estos problemas perpetúan la violencia. La falta de educación sobre los derechos sexuales y reproductivos dentro de las familias, los colegios y los servicios de salud se convierte en un terreno fértil para la reproducción de relaciones desiguales. Los esfuerzos por sensibilizar a las familias y las comunidades deben integrar la comprensión de que estas uniones son, de hecho, formas de violencia de género, que se perpetúan por medio de la impunidad y la invisibilidad social.

Las barreras identificadas para el cumplimiento de la normativa que prohíbe y sanciona los MUTF son:

- Estructuras patriarcales y culturalización de la violencia: la maternidad y las uniones tempranas se perciben como destino natural, impidiendo la agencia de las adolescentes. Esto se ve tanto en la entrega de hijas por parte de sus familiares como en la culpabilización (*“eso tú lo buscaste”*).
- Vulnerabilidad económica: el intercambio de dinero por “protección” o “prestaciones” convierte el cuerpo de las jóvenes en un territorio de transacción, factor mencionado reiteradamente por varones de Santa Cruz y Tarija.
- Impunidad y resistencia legal: la falta de denuncias y la consideración de estos casos como privados limitan la eficacia de la ley. Solo cuando se aborda como delito, mediante campañas o talleres, puede avanzarse en la disuasión.
- Desarticulación de políticas y acciones reactivas: las organizaciones sociales suelen actuar de manera puntual (por ejemplo, tras un caso de violación) y sin una estrategia preventiva clara, lo que refleja la carencia de una política pública coordinada y de un enfoque estructural de prevención.
- Espacio y territorio: en zonas rurales, la lejanía de los centros de salud y la escasa presencia institucional refuerzan el control familiar y comunitario sobre las decisiones de las adolescentes.

Oportunidades identificadas son:

- Educación integral y sensibilización: ferias, talleres y charlas deben abordarse como parte de un plan continuo y estructurado que incluya a familias, colegios, servicios de salud y sindicatos, reconociendo que el MUTF es una forma de violencia de género.
- Fortalecimiento de políticas públicas: articular las acciones de OS, autoridades locales y nacionales en un marco normativo claro que sancione el delito y garantice acceso a la justicia.
- Empoderamiento y agencia: promover espacios en los que las adolescentes conozcan y ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos, para que no dependan de decisiones de terceros.
- Visibilización y cambio cultural: compartir testimonios y evidencias para desmontar mitos (por ejemplo, que el aborto causa catástrofes naturales) y transformar las normas sociales en todos los ámbitos: hogar, escuela, servicios de salud y espacios comunitarios.
- Colaboración interinstitucional: establecer redes de apoyo que integren a Defensorías, OS, centros de salud y educación, a fin de ofrecer atención integral y seguimiento a casos de MUTF.

En resumen, las barreras principales en la lucha contra los matrimonios y uniones tempranas forzadas están relacionadas con las estructuras patriarcales, la normalización de la violencia, la falta de políticas públicas coordinadas, y las condiciones socioeconómicas de vulnerabilidad. Sin embargo, las oportunidades para avanzar incluyen la educación integral en derechos sexuales y reproductivos, el empoderamiento de las mujeres y adolescentes, la visibilización de las víctimas, y el fortalecimiento de la legislación y las políticas públicas. La clave está en transformar las estructuras sociales y culturales que perpetúan estas prácticas, fomentando un cambio hacia una sociedad más igualitaria y libre de violencia.

7.4.10. Barreras en la comunidad y servicios de SSR para acceso a ILE.

Para identificar las barreras y prácticas facilitadoras sobre la ILE se realizaron entrevistas con prestadores de servicios de salud, protección y educación, así como a autoridades de los GAM, lideresas y líderes de organizaciones sociales que se las presenta en los siguientes Gráficos.

Gráfico 45. Opiniones de prestadoras/es sobre la ILE

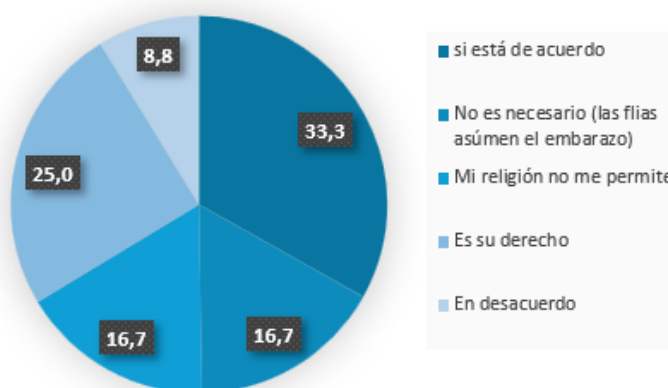
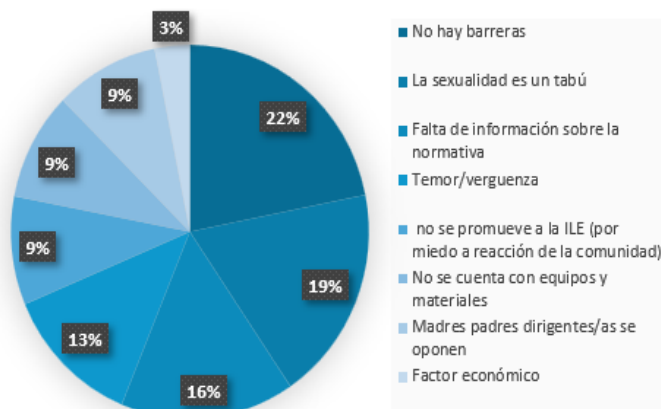


Gráfico 46. Opiniones de representantes de OS sobre la ILE

Fuente: Elaboración propia en base a datos del estudio

Las respuestas obtenidas evidencian que la principal barrera al acceso a la ILE es el desacuerdo, expresado por el 67% de lideresas y líderes de OS que indicaron que su religión no lo permite, y el 16,7% que considera innecesario interrumpir un embarazo. Como reflejan los siguientes testimonios:

“No estoy de acuerdo, ni modo si está embarazada, tiene nomás que tener. Mi hijita de 15 años se embarazó y lo ha tenido.” P:2 – Mujer adulta. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

“No estoy de acuerdo, la wawita tiene derecho. En la comunidad nadie estaría de acuerdo”. P:8 – Mujer adulta. Rural, Aiquile, Cochabamba.

“La cultura es una barrera fuerte. En el área rural es muy difícil permitir un aborto, incluso si hay riesgos para la vida.” P:13 – Varón adulto. CM rural, Aiquile, Cochabamba.

Estas opiniones reflejan una concepción que reduce a niñas y adolescentes a cuerpos reproductores sin autonomía. Se trata de visiones patriarcales del cuerpo y la maternidad como destino impuesto. El rechazo se vincula a una temporalidad que desconoce los ciclos de desarrollo y posterga el derecho a decidir. Cultura y religión funcionan como territorios simbólicos que limitan el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, reproduciendo estereotipos de género y subordinación. Esta oposición es, por tanto, una de las barreras más fuertes y complejas a desmontar.

En segundo lugar, un 17,1% identificó barreras institucionales, como procedimientos legales restrictivos, desconocimiento del personal de salud y limitaciones económicas. Ejemplos:

“En comunidades, el transporte y los costos son barreras. En los servicios hay personal que desinforma. Una adolescente llegó y le dijeron que ya no se podía hacer nada. Faltan medicamentos y recursos. Si no hay dinero, no se hace nada. Y eso que debería ser gratuito.” P:20 Varón, 32 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz.

“La adolescente no le dice a sus padres. Muchos son conservadores y le dicen: ‘Eso tú lo buscaste’. A veces la abandonan. También hay miedo a que se sepa. Nos enteramos de embarazos por violación después de varios meses, cuando ya no se puede hacer nada”. P:4 – Mujer adulta. CM rural, Padcaya, Tarija.

En este contexto, el territorio es clave: muchas adolescentes viven en zonas alejadas, sin transporte adecuado ni servicios de salud equipados. El cuerpo, como territorio en disputa, queda expuesto a decisiones ajenas y desprotegido institucionalmente. Esta exclusión afecta sobre todo a mujeres rurales, adolescentes pobres y de pueblos indígenas.

Otra barrera crítica (14,3%) es el desconocimiento de la normativa vigente. Aunque la Sentencia Constitucional Plurinacional N° 0206/2014 permite la ILE en casos de violación sin autorización judicial, y la R.M. N° 0027/2015 establece el procedimiento, la desinformación persiste. Esto refleja una memoria institucional de omisión, donde el Estado no garantiza el derecho a la información, debilitando la confianza y la inclusión.

“Las barreras también están en los centros de salud. Falta capacitación al personal y atención de calidad. Muchas adolescentes se sienten mal atendidas y eso las desmotiva”. P:12 – Mujer adulta. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

Una cuarta barrera (8,6%) es la falta de insumos y equipamiento en centros de salud de primer nivel, lo que obliga a referir a hospitales en áreas urbanas. Esto impone

desplazamientos y demoras que pueden exceder los plazos legales para la ILE. El territorio se convierte en frontera de acceso, y el tiempo en una traba crítica.

El temor, la vergüenza y la oposición familiar, mencionados en un 42% de los casos, constituyen otra barrera. Factores como los tabúes sobre la sexualidad, la falta de confidencialidad y el control familiar limitan la capacidad de agencia de las adolescentes. En zonas rurales, los roles de género se imponen desde la niñez y castigan a quienes se desvían del mandato materno. La culpabilización de las víctimas, expresada en frases como “eso tú lo buscaste” o en mitos como que el aborto causa sequías, refuerza la violencia simbólica.

“Desde pequeñas se les enseña que el aborto es pecado y crimen. Eso genera culpa y rechazo. Muchas ni lo consideran como opción”. P:25 – Varón adulto. Urbano, DM 6, Santa Cruz.

“Las decisiones las toman los padres. Dicen: ‘Ella es menor, nosotros decidimos’. Hay creencias como que abortar trae mala suerte. Desde la Defensoría orientamos a la adolescente para que decida, aunque algunos no estén de acuerdo.” P:18 – Mujer adulta. CM rural, Aiquile, Cochabamba.

Estas barreras culturales y estructurales exigen una transformación desde un enfoque despatriarcalizador. El cuerpo de niñas y adolescentes debe dejar de ser controlado por la familia, la comunidad o el Estado, y ser reconocido como territorio de derechos. La memoria colectiva debe transitar del estigma al reconocimiento del daño estructural, y el tiempo debe alinearse con decisiones informadas, no con imposiciones culturales. El movimiento debe ser libre, no restringido por barreras físicas o simbólicas.

Las causas estructurales de la VSBG y la VBG el machismo, el miedo, los estereotipos y la presión por roles tradicionales, analizadas en los puntos 7.1.1, 7.4.2 y 7.4.3, afectan especialmente a las AJM de entre 12 y 14 años, quienes son culpabilizadas por las agresiones. Esto perpetúa el silencio, la impunidad del agresor y obstaculiza el acceso a servicios de SDSR. Frente al embarazo no deseado, las respuestas comunes son la violencia familiar, la estigmatización, el abandono escolar o las uniones forzadas. Estas situaciones violentan el cuerpo, interrumpen el tiempo educativo, expulsan del territorio familiar y restringen el movimiento, empujando a las adolescentes al MUFT.

Superar estas barreras requiere una respuesta integral con enfoque de género, interseccional e intercultural, articulando esfuerzos comunitarios, familiares e institucionales. La ILE debe garantizarse no solo como un derecho legal, sino como una condición básica para la dignidad, salud y libertad de niñas y adolescentes en toda su diversidad.

Recomendaciones operativas:

Tabla 8: Recomendaciones operativas - Normas sociales

Resultado intermedio 1100: Agencia fortalecida de las AJM para ejercer su SDSR, en particular de aquellas en situación de vulnerabilidad.
Resultado inmediato 1120: Habilidades para la vida transformadoras de género y conocimientos sobre SDSR mejorados, incluyendo la VSBG y servicios relacionados para adolescentes y jóvenes.

Producto 1121: Formación en habilidades para la vida transformadoras de género y SDSR, incluida la VSBG, proporcionada a adolescentes y jóvenes de organizaciones juveniles de la comunidad, e impartida por educadoras y educadores pares a nivel comunitario.

- Contextualizar las acciones de EIS con AJM de comunidades rurales con sociodramas, historias canciones, poemas, juegos videos en lenguas originarias, para representar situaciones que viven las adolescentes, y luego abrir el debate sin obligar a las participantes a hablar de su vida personal. Esta misma propuesta se recomienda para trabajar con familia y comunidad (PI 1130, P1131)
- Acompañar el fortalecimiento de la voz y la agencia de las AJM de forma progresiva, para potenciar su confianza y capacidad de decisión de las AJM paso a paso, sin exigir una participación inmediata o pública. Fortalecimiento progresivo de la agencia, por medio de actividades individuales (como diarios personales, dibujos sobre sus sueños, cartas a sí mismas en el futuro) y luego transitar a actividades colectivas (como proyectos colaborativos, pequeñas campañas lideradas por ellas), acompañando su participación en espacios comunitarios desde roles de apoyo (por ejemplo, organizar materiales, proponer ideas, ensayar discursos),

Resultado inmediato 1130: Capacidad mejorada de las familias y las comunidades para apoyar la SDSR de las y los adolescentes y jóvenes, en particular de las AJM.

Producto 1131: Sensibilización a nivel comunitario sobre la SDSR, incluida la EIS y los mecanismos de apoyo para las AJM.

- Contextualizar las acciones de sensibilización a nivel comunitario sociodramas, historias canciones, poemas, juegos videos en lenguas originarias, para representar situaciones que viven las adolescentes, y luego abrir el debate sin obligar a las participantes a hablar de su vida personal
- Identificar y visibilizar en las actividades comunitarias o radios locales a mujeres jóvenes lideresas, docentes empáticas, padres corresponsables, o adolescentes que han elegido caminos distintos a MUTF e invitar a estas personas a compartir sus historias en talleres, ferias o encuentros, como “testimonios vivos” que inspiran cambio desde adentro, no desde imposiciones externas.
- Incorporar estrategias culturales y simbólicas que resignifiquen el cuerpo, el ciclo de vida y el rol de las adolescentes, realizando ceremonias o encuentros intergeneracionales que resignifiquen la llegada de la menstruación como una etapa de poder y sabiduría, no como marca de madurez sexual para el matrimonio, creando murales o símbolos de feminidad transformadora, que poseione a las AJM en el ejercicio de sus SDSR.

Producto 1132: Formación sobre masculinidades transformadoras (MT) dirigida a los miembros masculinos de las familias de las AJM, así como a los miembros masculinos de la comunidad

- En fechas emblemáticas con participación de AJH y padres, elaborar mapas parlantes comunitarios que identifiquen normas que ya están cambiando, que causan daño y que desean transformar y establecer acuerdos para avanzar hasta el próximo año. Evaluar los logros que pueden ser reforzados con pactos comunitarios por el buen trato, que contengan compromisos sobre el cuidado, la prevención de violencia, y la defensa del derecho a decidir sobre su SDSR y firmados colectivamente.

Resultado intermedio 1200: Mejorada la prestación de servicios de Salud Sexual Reproductiva (SSR) inclusivos y que respondan al género y a la edad por parte del sistema de salud, incluyendo servicios que respondan a las sobrevivientes de violencia sexual basada en género (VSBG).

Resultado inmediato 1220: Mejorada la disponibilidad de servicios e instalaciones de SSR de calidad para adolescentes y jóvenes, especialmente para AJM.

Producto 1222: Apoyo técnico y material proporcionado para modalidades alternativas de prestación de servicios de SSR, incluidas unidades móviles.

- Expandir el alcance de los centros AIDA y unidades móviles para asegurar cobertura en zonas rurales, con enfoque de equidad territorial y cultural, con participación de promotoras comunitarias.

7.5. Garantes de derechos e instituciones

En nuestro país, no obstante, contar con leyes y marcos normativos como la Ley 348 para avanzar en la erradicación de la violencia, la Ley de Juventudes No 342 de los cuales se desprende planes que plantean la implementación de diversas acciones para ir superando la problemática de adolescentes y jóvenes relacionados con el embarazo adolescente, la falta de EIS, la PfVBG, la participación de adolescentes y jóvenes en espacios de toma de decisión; en la práctica no se evidencia esto.

Asimismo, la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, la Ley No 777 del Sistema de Planificación Integral del Estado, que plantean, la participación de la sociedad civil de manera equitativa en los procesos de planificación, implementación y evaluación de la gestión pública en los diferentes niveles de gobierno, y asignación de presupuestos sensibles al género para poblaciones vulnerables, tampoco se avanzado mucho. Continúa evidente la desigualdad en la participación de las mujeres y principalmente de las adolescentes y jóvenes en su diversidad en espacios de toma de decisión, en consecuencia, la programación y recursos asignados en los diferentes niveles de gobierno y sectoriales, no recuperan las necesidades diferenciadas de las mujeres, adolescentes y jóvenes mujeres.

En esto contexto, se hace muy necesario, promover los cambios que se requieren desde un enfoque de derechos, igualdad de género, inclusión y despatriarcalización, para que adolescentes y jóvenes, principalmente mujeres, puedan ejercer sus derechos a una salud sexual y reproductiva, libre de discriminación y violencia.

En esta categoría, se presentan resultados sobre, las prioridades que tienen las autoridades en SSR versus necesidades de mejora en servicios de SSR de AJM y prestadoras/es de servicios, sobre las instituciones y organizaciones de la sociedad civil que coordinan para realizar el seguimiento a la SSR y PfV de adolescentes, las dificultades en la coordinación, propuestas para mejorar la coordinación y finalmente, instancias que se oponen a promover IGI, EIS, ejercicio de derechos a la SDSR y diversidades sexuales en la comunidad.

7.5.1. Prioridades en SSR para las autoridades y necesidades de mejora en servicios de SSR, EIS y PfV.

El estudio muestra la opinión de prestadoras/es de servicios de salud, educación y protección frente a la violencia, sobre la prioridad que dan las autoridades a temas preocupantes de las/os adolescentes en todas sus diversidades, como EIS, la VSBG y el embarazo adolescente. En el Gráfico 47 se observa que un 57% de prestadoras/es entrevistadas/os, afirman que estos temas son una prioridad para las autoridades, por cuanto desarrollan algunas acciones para contribuir a la mejora de la SDSR y la PFV de las/os adolescentes y jóvenes como, actividades de prevención, capacitación y servicios en temas de SDSR, EIS y PfVBG; también, buscan o tienen apertura al apoyo de ONGs como Plan Internacional para abordar estos temas y en el departamento de Tarija incluyeron presupuestos en el POA 2025 para coadyuvar a la implementación de Centros AIDA y otras acciones, como se evidencia en la siguientes citas:

"Sí, de hecho, la Defensoría de la Niñez del municipio lo ha plasmado en el POA 2025, recursos destinados a prevenir ese tema de violencia sexual y también hacer campañas de salud sexual y reproductiva. El gobierno municipal también ha sido uno de los impulsores en la apertura del Centro AIDA esto también en coordinación con otras ONG's. también se apoya al funcionamiento del Centro AIDA con una psicóloga por parte del municipio. De alguna manera hay el compromiso político, por decirlo así, de nuestras autoridades. P: 19 - Hombre adulto. CM rural, Padcaya, Tarija.

"Creo que es demasiado importante, muy importante, más que todo en comunidades que están fuera del área urbana, porque es ahí donde se presentan casos de violencia que prácticamente dan mucha, pero mucha pena en cuanto a la realidad". P: 14 - Hombre adulto. Rural, Porongo, Santa Cruz.

En contraste a lo mencionado arriba, otro 43% de prestadoras/es de servicios afirman que no son temas prioritarios la EIS, la VSBG y el embarazo adolescente para las autoridades.

Las causas de esta falta de priorización pueden deberse a las estructuras de poder patriarcales dentro de las instituciones que pueden llevar a que se ignoren las necesidades y preocupaciones de adolescentes y jóvenes y personas LGBTQ+. Esto puede resultar en una falta de atención a temas de EIS y SDR. Otra causa puede ser la falta de sensibilidad en género y en estos temas, de las autoridades puede resultar en una falta de comprensión sobre como la EIS y la inclusión son fundamentales para igualdad de género y el empoderamiento de adolescentes y jóvenes. *"Prioritarios, casi no son, la prioridad es la atención de los otros problemas, tuberculosis, VIH, vacunas, yo le podría decir que están en un tercer lugar la cuestión de los programas de salud sexual". P:10 - Hombre adulto. Urbano, DM6, Santa Cruz.*

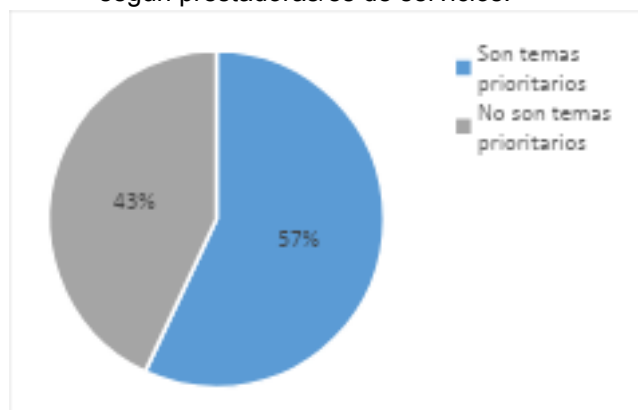
Otra causa podría ser la estigmatización de la sexualidad y las normas sociales y culturales, como los temas relacionados con la sexualidad, violencia sexual basada en género, son considerados un tabú, esto puede influir para que las autoridades eviten abordar estos temas por miedo a la desaprobación social o cultural como se menciona en el resultado 7.4.10, entre otras barreras para el acceso a la ILE de las AJM son la sexualidad es un tabú y la oposición de madres y padres entre otras.

Otra de las causas puede considerarse la falta de recursos económicos que puede hacer que las autoridades se concentren en áreas que consideran más urgentes o que tienen un impacto más inmediato, dejando de lado la educación en sexualidad y otros temas importantes como se menciona en las siguientes citas, *"No, no lo son. Inclusive no tenemos ni casa de acogida aquí para los adolescentes, porque estos casos vienen de comunidades generalmente.*

"Porque el trabajar de manera conjunta nos va a ayudar a hacer un mejor trabajo, pero para hacer el trabajo de prevención no solamente se requiere de voluntad, se requiere de recursos económicos, se requiere de logística. Y obviamente que eso va en coordinación con las diferentes, instituciones nacionales y a nivel departamental". P:28 – Hombre adulto. CM rural, El Torno, Santa Cruz.

Como otra causa también puede mencionarse a la falta de representación de las y los adolescentes y jóvenes en todas sus diversidades, en espacios de toma de decisión, que tiene como consecuencia una falta de atención a necesidades en IGI, SDR y PfVBG. Como se menciona en el resultado 7.3.2, sobre espacios en los que adolescentes y jóvenes pueden participar y expresar sus necesidades, que, si bien el ser parte de redes de jóvenes les permitió participar en la formulación de propuestas, como proyectos de ley de su interés, estas no son tomadas en cuenta por las autoridades.

Gráfico 47. Temas prioritarios en SSR de adolescentes y jóvenes para las autoridades, según prestadoras/es de servicios.



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Es necesario analizar las implicaciones de que un 43% de autoridades en el estudio, no prioricen temas preocupantes de las y los adolescentes y jóvenes, como la EIS, PfVBG y la SSR, según la opinión de prestadoras/es de servicios. Esta situación, puede resultar en diferentes barreras para avanzar en la IGI, inclusión y PfVBG en el marco del ejercicio de la SDSR.

La falta de atención a la EIS, puede limitar a las adolescentes y jóvenes en su capacidad para tomar decisiones informadas sobre sus cuerpos y su salud, llevándolas a situaciones de dependencia y vulnerabilidad afectando su autonomía y empoderamiento.

También puede repercutir en la desigualdad en el acceso a recursos, por la falta de programas y presupuesto para abordar la IGI, la inclusión y la PfV BG/VSBG. Asimismo, se deja fuera acciones dirigidas a grupos diversos, como adolescentes LGBTQ+, quienes enfrentan desafíos únicos. Sin políticas inclusivas, sus necesidades y derechos no son reconocidos ni atendidos.

La falta de educación sobre violencia sexual y sus consecuencias, puede aumentar la vulnerabilidad de adolescentes y jóvenes especialmente de las mujeres, ante situaciones de abuso. Sin información adecuada, pueden no reconocer comportamientos abusivos o no saber cómo buscar ayuda, puede llevar a la normalización de estas conductas en la sociedad.

La falta de recursos de apoyo a políticas que prioricen la PfVBG, significa que hay menos recursos disponibles para apoyar a las personas que sufren violencia. Esto incluye la falta de servicios de atención, asesoramiento y apoyo legal, limitando la búsqueda de justicia por parte de las adolescentes en toda su diversidad, que sufren violencia.

En resumen, la falta de prioridad que las autoridades otorgan a temas cruciales como la EIS, la VSBG y el embarazo adolescente tiene un impacto significativo en la igualdad de género, la inclusión y el ejercicio de la SDSR y a una vida sin violencias. Se evidencia que las políticas públicas no responden a sus necesidades y la falta de prioridad está enraizada en diferentes causas estructurales y patriarcales que es necesario abordarlos para garantizar que se preste atención a los temas que preocupan a adolescentes y jóvenes en su diversidad.

Por otra parte, para evidenciar la importancia que tiene que las autoridades de salud, educación y de los gobiernos autónomos municipales prioricen la EIS, IGI, PfVBG y VSBG y promuevan el ejercicio de la SDSR de las y los adolescentes y jóvenes, por el impacto que tiene sus vidas y en la sociedad, se recogió información de adolescentes, jóvenes mujeres de 12 a 14 años, 15 a 18 años y 19 a 28 años y de prestadoras/es de servicios, sobre las necesidades de mejora en los servicios en SSR, EIS y PfV que reciben adolescentes y jóvenes mujeres en todas sus diversidades. Estos y los otros datos del estudio tienen que ser de conocimiento de las autoridades locales.

En el Gráfico 48 se observa en primer lugar, que las AJM y los/as prestadores de servicios en los 4 departamentos de intervención, concuerdan en que una de las principales necesidades es que se requiere personal capacitado, sensibilizado y comprometido para atender en los servicios y, en segundo lugar, se necesita la dotación de insumos y equipamiento.

De igual manera, se puede identificar las necesidades específicas principales que tienen tanto AJM como prestadoras/es de servicios. En el caso de las AJM y en orden de prioridad, mencionan como primera necesidad de mejorar la calidad de atención de los servicios que reciben relacionados con idioma, confidencialidad, amabilidad, respeto y calidez. En segundo lugar, la necesidad de que las/os prestadoras/es de servicios se desplacen hacia la comunidad y escuelas para brindar información en SSR, EIS y PfVBG. Ambas necesidades de mejora, fueron planteadas por los 3 grupos de AJM en los 4 departamentos de intervención. En tercer lugar, la aplicación de metodologías lúdicas en procesos de capacitación, planteadas por los 3 grupos AJM en 3 departamentos: Cochabamba, Chuquisaca y Santa Cruz y solo en el departamento de Santa Cruz plantearon la difusión en redes sociales de acciones que tiene que ver con el derecho al acceso a servicios de calidad adecuados para adolescentes.

En el caso de las principales necesidades específicas de mejoras que plantean los/as prestadores/as de servicios, están primero la implementación, funcionamiento y fortalecimiento de Centros AIDA e infraestructura adecuada en los 4 departamentos de intervención. Como otra necesidad importante, se menciona el presupuesto destinado a abordar las problemáticas de las/os adolescentes y jóvenes.

Gráfico 48. Necesidades de mejora en los servicios que reciben AJM en todas sus diversidades, en SSR, EIS y PfV, según AJM y prestadoras/es de servicios.



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Las respuestas de las adolescentes y jóvenes mujeres que participaron en los grupos focales abordan desde una perspectiva de género e interseccionalidad, diversos aspectos que debieran ser mejorados para un mejor acceso a información y servicios en SSR, la EIS y PfV, que, si no son atendidos por las autoridades, se constituyen en barreras para el ejercicio de derechos de las y los adolescentes y jóvenes, principalmente de sus DSR.

Una de las demandas más claras en las respuestas es la mejora en la capacitación del personal de salud y de los educadores, que sean empáticas/os y estén mejor preparadas/os para tratar temas de SSR, como menciona una AJM, *"Mis compañeras hace rato decían que las personas que trabajan esto, estén bien capacitadas y que sobre todo tengan como aspecto fundamental la empatía, porque si no te pones en el lugar de la persona, no la vas a entender"*. P: 181- Mujer 19 a 28 años. CM rural, Padcaya, Tarija.

Las AJM de 12 a 14 años y de 19 a 28 años señalan que hay poca disponibilidad de recursos en hospitales y centros de salud, como la falta de anticonceptivos y falta de personal capacitado con una actitud empática, lo que impide que muchas mujeres jóvenes tengan un acceso adecuado a servicios de SSR. *"Que haya un acceso más fácil a anticonceptivos porque no es como que vas a la farmacia, les da vergüenza comprar. En cambio, en el hospital como que nos informarían ahí, nos hablarían y tuvieras tú la confianza de ir y decir "necesito esto" así sería más fácil..."*. P: 196 - Mujer 19 a 28 años. CM rural, Tomina, Chuquisaca.

Las AJM de 15 a 18 años, enfatizan la necesidad de garantizar la confidencialidad, pues el miedo al estigma social y la falta de privacidad impiden que busquen información o servicios. Se menciona la posibilidad de establecer mecanismos para sancionar a quienes violen la confidencialidad, lo que demuestra la desconfianza en los centros de atención. *"Yo tengo amistades que intentaron acudir al Centro AIDA, algunos me dijeron que les dieron*

información, pero pasado un tiempo comenzaron a divulgar todo lo que ella dijo, y yo creo que eso es algo que se tiene que observar, Hay personas que prefieren hasta ir más lejos, con tal que no se difunda lo que ellos dicen". P: 246 - Mujer 15 a 18 años. Rural, Padcaya, Tarja.

Otra necesidad recurrente en las respuestas es la falta de información clara y accesible sobre salud sexual y reproductiva. *Nos hace falta más acceso a información sobre anticonceptivos y salud sexual. Muchas chicas no saben bien cómo cuidarse porque no hay suficiente educación sobre esto en la comunidad. P: 186 - Mujer 19 a 28 años. CM rural, Porongo, Santa Cruz.*

Estas necesidades mencionadas sino son tomadas en cuenta pueden generar desigualdad en el acceso a información y servicios, impidiendo que las AJM puedan ejercer plenamente sus derechos y tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su sexualidad. La calidad de atención que mencionan las AJM, como el respeto, la amabilidad y la confidencialidad, es fundamental para empoderarlas y mejorar el acceso a los servicios.

La necesidad de que las/os prestadoras/es de servicios se desplacen a las comunidades para brindar información sobre salud sexual y reproductiva y violencia es crucial. Si no se atiende esta necesidad, las AJM pueden carecer de la información necesaria para tomar decisiones informadas y puede dejar fuera a las AJM de contextos más vulnerables, generando una brecha en el acceso a información y recursos.

Las jóvenes mencionan que los temas de anticoncepción, violencia sexual, derechos sexuales y reproductivos y diversidad sexual son poco abordados, y cuando los abordan, las metodologías utilizadas no captan su atención o comprensión, debido a lo que sugieren deben tomarse en cuenta metodologías lúdicas. *"La verdad mayormente es que damos solo charlas y los adolescentes a esta edad, dicen, ya va a hablar. Se tendrían que buscar metodologías diferentes, llevar juegos o llamar la atención con dinámicas, saber cómo interactuar con el adolescente" P: 184 - Mujer 19 a 28 años. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.* La falta de utilización de metodologías lúdicas en los procesos de capacitación a adolescentes y jóvenes, puede resultar en que la educación sobre DSR, EIS y prevención de la VBG sea menos efectiva, afectando la inclusión de las/os adolescentes y jóvenes en el aprendizaje y la comprensión de sus derechos a la SDR y a una vida libre de violencias.

Señalan también que las necesidades básicas de higiene para las adolescentes, como el acceso a información y productos para la menstruación, siguen siendo desatendidas. Desde un enfoque interseccional, esto es aún más relevante en contextos donde las desigualdades económicas o sociales limitan el acceso a estos recursos, lo cual afecta directamente a la dignidad y el bienestar de las adolescentes y jóvenes. *"Me he dado cuenta de que no todas las mujeres tienen acceso a productos de higiene menstrual. Hay quienes usan materiales inadecuados por falta de recursos. No se habla mucho del tema y es un problema real. Sería importante contar con dispensadores de productos menstruales, ya que muchas veces no tenemos acceso fácil a ellos". P: 213 - Mujer de 19 a 28 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz.*

La interseccionalidad aquí se pone de manifiesto cuando las chicas mencionan que las instituciones a menudo no abordan temas de diversidad sexual o identidad de género, lo que refuerza una experiencia de exclusión y discriminación adicional para las jóvenes que no se ajustan a las normas heteronormativas tradicionales, como se menciona en esta cita *"En cuanto a la comunidad LGTBIQ+, hay una falta total de información. Todo lo que sé sobre orientación sexual lo aprendí por mi cuenta en internet, nunca en la escuela. La ignorancia sobre estos temas fomenta la discriminación, porque lo desconocido suele generar rechazo. Se debería hablar sobre diversidad sexual desde temprana edad para evitar prejuicios y promover el respeto". P: 278 - Mujer 15 a 18 años. CM rural, El Torno, Santa Cruz; "Es importante que en los servicios*

de salud y justicia estén mejor capacitados para tratar temas de violencia de género y diversidad sexual". P:189 - Mujer 19 a 28 años. CM rural, Porongo, Santa Cruz.

En cuanto a necesidades frente a las deficiencias identificadas en los servicios de protección frente a la violencia, las respuestas de AJM de 12 a 14 años, 19 a 28 años reflejan falta de confianza en las instituciones encargadas, mencionan que las denuncias en la defensoría o en instituciones de justicia son postergadas, lo que genera desconfianza, como se puede evidenciar en la siguiente cita: *"En la defensoría, hacen denuncias, lo postergan y postergan, no es una institución que agilice, atienda de forma rápida. Que puedan resolver los casos de manera más simple para que uno tenga la confianza de poder acceder, necesitamos un servicio donde no me va a costar, sea gratuito y rápido". P:216 - Mujer 19 a 28 años. Rural, Padcaya, Tarija.* La falta de servicios adecuados para la protección frente a la violencia puede aumentar la vulnerabilidad de las AJM frente a la violencia sexual basada en género, asimismo la de información sobre prevención de la violencia puede llevar a que no reconozcan situaciones de abuso o violencia, afectando su bienestar y seguridad, pero también se corre el riesgo de normalizar las conductas de violencia.

En resumen, las respuestas de las adolescentes y jóvenes mujeres subrayan la urgente necesidad de mejorar el acceso a servicios de SSR, EIS y PfVBG. Para lograrlo, las autoridades deben tener en cuenta sus necesidades y realidades diversas, para que las políticas y servicios estén alineados con un enfoque interseccional que tome en cuenta las diferentes formas en que adolescentes y jóvenes experimentan la opresión, la violencia y la discriminación. Esto requiere la asignación de un presupuesto adecuado, ya que sin recursos suficientes no se pueden implementar programas que promuevan la IGI, EIS y PfVBG y el ejercicio de sus DSR.

7.5.2. Instituciones y organizaciones de la sociedad civil que coordinan para realizar el seguimiento a la SSR y PfV de adolescentes.

Para coadyuvar a que las normativas vigentes puedan implementarse en la vida cotidiana de las personas y las políticas públicas respondan y se implementen tomando en cuenta las necesidades y la realidad local, es importante la participación activa de la población, de las instituciones involucradas en las temáticas que se abordan y de las personas a quienes incluyen estas normativas.

A continuación, se comparten hallazgos y resultados del estudio respecto a la coordinación entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil en las diferentes zonas del estudio.

A partir de las respuestas de prestadoras/es de servicios y organizaciones sociales, el Gráfico 49, muestra a las instituciones y organizaciones de la sociedad civil que coordinan para realizar seguimiento a la SSR y PfV de adolescentes. En primer lugar, ambos concuerdan en que el sector educación, salud y DNA/SLIM coordinan, principalmente en actividades de sensibilización capacitación, derivación de casos de violencia, como se expresa en la cita, *"Las instituciones serían el centro de salud, la defensoría y también lo que es parte de la alcaldía, ya que hacen seguimiento y también las autoridades uniformadas, la policía". P:14 - Hombre adulto. CM rural, Porongo, Santa Cruz.*

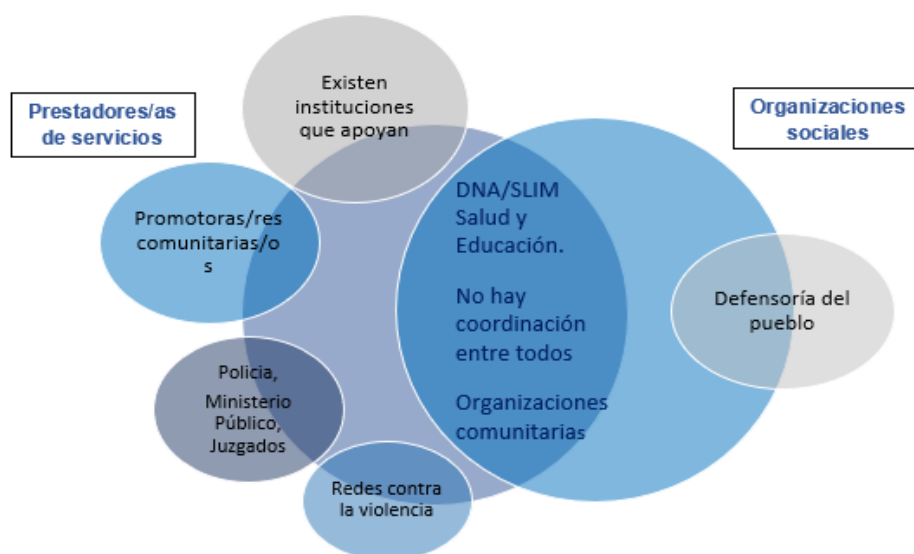
En segundo lugar, señalan que algunas de estas instancias realizan coordinación con organizaciones comunitarias para informar sobre campañas, desarrollar algunas actividades de sensibilización, capacitación y derivación de casos, como indica la siguiente cita, *"Se coordina desde el secretario general de cada comunidad, su subcentral, la central, los promotores, las promotoras, entonces hay un, un nivel de coordinación bastante fluido que cualquier autoridad que tenga conocimiento de algún hecho nos comunica o se comunica con la policía. P:17 - Hombre adulto. CM rural, El Puente, Tarija.* En tercer lugar, indican que no hay

una instancia de coordinación entre todos los sectores y actores/as que trabajan en estas temáticas.

Asimismo, se identifica que los/as prestadores/as de servicios coordinan de manera específica con instituciones/ONGs que apoyan en estos temas en los municipios, con promotoras/es comunitarias/os, con la Policía, Ministerio Público y Juzgados, en algunos casos, con redes contra la violencia y organizaciones de adolescentes y jóvenes, como se expresa en la cita *“Hay una red de jóvenes y adolescentes que se llama el grupo PJTM y las promotoras y promotores. Tenemos treinta promotores que son promovidos por Plan Internacional y diez mujeres que han sido capacitadas por ACOBOL. Realizan acciones de sensibilización en SSR y Prevención de la violencia”*. P: 17 - Hombre adulto. CM rural, El Puente, Tarija.

Finalmente, una organización social del DM6 de Santa Cruz de la Sierra, menciona que coordinan con la Defensoría del Pueblo.

Gráfico 49: Instituciones y organizaciones de la sociedad civil que coordinan para el seguimiento a la SSR y PfV de adolescentes, según Prestadoras/es y OS



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

A continuación, para mayor utilidad, se presenta la información recabada en el estudio, sobre las principales vías de coordinación que existen para realizar el seguimiento a la SSR y PfV de adolescentes, por departamento y municipio. Como se observa en la Tabla 9, en todos los municipios de intervención del proyecto REACH, la coordinación es principalmente bilateral, enfocada a desarrollar actividades de nivel operativo, como sensibilización, capacitación, identificación y derivación de casos. Pero es importante destacar, que en los municipios de Tomina y Padcaya se identificaron instancias de coordinación multisectorial, como redes contra la violencia.

Tabla 9. Principales vías de coordinación existentes entre instituciones y organizaciones de la sociedad por departamento y municipio

Cochabamba	Chuquisaca	Santa Cruz	Tarija
------------	------------	------------	--------

M. Aiquile	M. Villa Serrano	M. Tomina	M. Porongo	M. El Torno	DM-6	M. Padcaya	M. El Puente
Coordinación de DNA con sector salud y educación, GAM/SLIM, con salud y educación Plan International que apoya. Salud con Red de adolescentes. Salud con organizaciones sociales.	DNA/SLIM, Fiscalía y policía. Salud con Plan International. Salud y subcentralías. Plan International al coordina con grupo de hombres anti machistas,	Red de lucha contra la violencia de Tomina. DNA y promotora s comunitarias. GAM/DNA con Plan International y Cies.	DNA y Promotoras comunitarias en Violencia Salud, DNA y Policía.	DNA y directores de U.E: DNA, Fiscalía y Juzgados. Salud y promotoras comunitarias. DNA, Salud y Educación. Salud con COSOMUSA	Salud con COSOMUSA. DNA/SLIM con la Fiscalía DNA con Centros de salud. CIES con Plan International SLIMs con Casa de la Mujer.	Salud con organizaciones de la comunidad. Salud y educación, para realizar acciones de capacitación en SSR en colegios. Red contra la violencia de Padcaya conformada por DNA, SLIM, Ministerio Público, FELCV, Distrital de Educación, Red de Salud, Red de Jóvenes Líderes, Organización de mujeres y Central Campesina.	DNA y la Policía. Sector salud y sector educación. DNA con promotores/as comunitarios/as. DNA/SLIM con Centros de madres y con OTBs. DNA coordina con secretarios generales de comunidades, centrales, sub centrales y promotores/as. Se tiene coordinación fluida.

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

De manera general, el análisis de las respuestas de los prestadores/as de servicios y de representantes de organizaciones sociales, sobre las instituciones y organizaciones de la sociedad civil que coordinan en el municipio, revela varias dinámicas de coordinación importantes desde un enfoque de igualdad de género, inclusión, protección frente a la violencia y la despatriarcalización.

Las promotoras comunitarias que coordinan acciones principalmente con las DNA/SLIMs, son mencionadas como un recurso clave para informar sobre casos de violencia y salud sexual. Esto resalta la importancia de las mujeres en la comunidad como agentes de cambio y fomenta su liderazgo en la comunidad, esto es importante para aportar a la despatriarcalización pues promueve su participación activa en espacios de toma de decisión. *“Nosotros como defensoría, tenemos grupos de promotoras comunitarias, ellas nos informan de algún caso de violencia o de abuso. En zonas alejadas, son ellas como que los ojos de nosotros. Entonces ellas son las que nos informan. Por eso es el único medio por el que podemos informarnos de los casos que sufren violencia, en las comunidades más alejadas”.* P: 9 - Mujer adulta. CM rural, Porongo, Santa Cruz.

“Como le digo son las promotoras comunitarias que nos podrían informar de algún caso de violencia o de abuso, o caso de un embarazo temprano de menores. P: 9 - Mujer adulta. CM rural, Porongo, Santa Cruz.

Se menciona que hay una variedad de actores/as involucrados/as, desde instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales, organizaciones sociales comunitarias, que coordinan de manera específica entre unos y otros, como por ejemplo sector salud con sector educación principalmente para realizar actividades de capacitación sobre estos temas en unidades educativas, así también, sector salud con organizaciones sociales, DNA y SLIM, etc, para la prevención y atención de la violencia y de SSR., pero señalan que esta coordinación no es suficiente.

Las actividades coordinadas para capacitación y sensibilización entre dos o más actores/as pueden promover la igualdad de género, si consideran el enfoque de derechos, desafían los estereotipos de género y fomentan un cambio cultural que beneficia a todos.

La colaboración entre instituciones facilita la derivación de casos de violencia, lo que asegura que las víctimas reciban la atención y apoyo necesarios. Esto no solo ayuda a las mujeres a salir de situaciones de violencia, sino que también envía un mensaje claro sobre la intolerancia hacia la violencia de género.

La coordinación de instituciones con organizaciones comunitarias, líderes locales, como los secretarios generales y promotores contribuye a que las iniciativas sean inclusivas y reflejen las necesidades de la comunidad, permite que las voces de las mujeres y otros grupos vulnerables como adolescentes y jóvenes sean escuchadas y consideradas en la toma de decisiones.

La creación de redes entre prestadores de servicios, ONGs, la policía y el Ministerio Público, si funcionan efectivamente fortalece la capacidad de respuesta ante casos de violencia. Permiten una atención más rápida y efectiva, asegurando que las AJM reciban el apoyo necesario y que se tomen medidas adecuadas para prevenir situaciones violentas.

La necesidad de una mejor coordinación entre diferentes instituciones, como salud, educación y servicios de protección frente a la violencia e instituciones y organizaciones de la sociedad civil, como organizaciones de mujeres, organizaciones juveniles, es evidente.

En conclusión, el análisis revela que, aunque es evidente que hay un esfuerzo por parte de diversas instituciones y organizaciones para abordar la salud sexual y reproductiva y la violencia de género, más en el ámbito operativo para desarrollar algunas actividades, hay una necesidad urgente de mejorar la coordinación, a partir de la inclusión de los/as diferentes actores/as institucionales y de la comunidad, tomando en cuenta a representantes adolescentes y jóvenes para trabajar de manera conjunta, enfocando de manera integral el abordaje y seguimiento a la SDSR, EIS, PfV de las adolescentes y jóvenes mujeres.

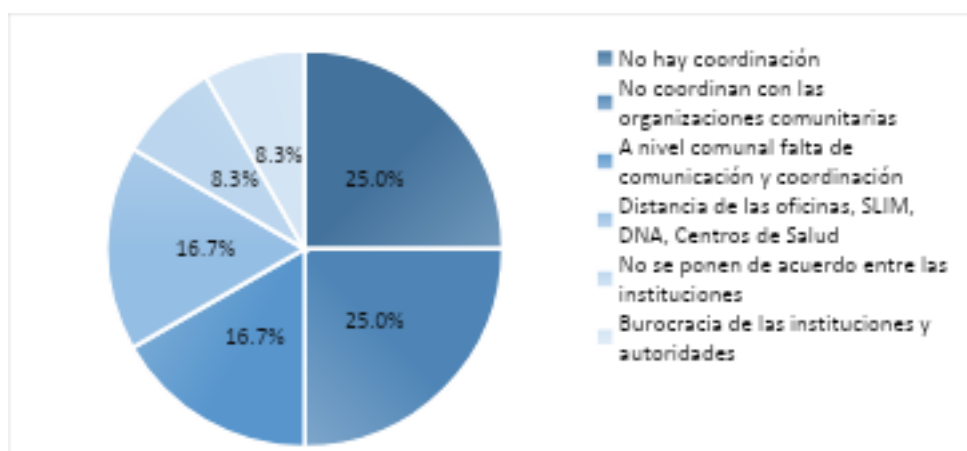
7.5.3. Dificultades de coordinación entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil.

En el estudio se evidencia que existen dificultades en la coordinación entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil, para realizar seguimiento a la SSR y la PFV de las/los adolescentes, desde la opinión de representantes de organizaciones sociales y de prestadoras/es de servicios.

El Gráfico 50 destaca que, desde la perspectiva de las organizaciones sociales, las principales dificultades son, que no hay coordinación entre todas las instituciones que trabajan en el tema, representado por un 25%, que las instituciones no coordinan con las organizaciones comunitarias, representado por similar 25%, otra dificultad, es que a nivel

comunitario hay falta de comunicación y coordinación entre ellos, representado por un 16,7% y otro aspecto es la distancia de las oficinas del SLIM/DNA y Centros de salud, representado por un 16,7%.

Gráfico 50. Dificultades de coordinación entre instituciones y OS, según OS



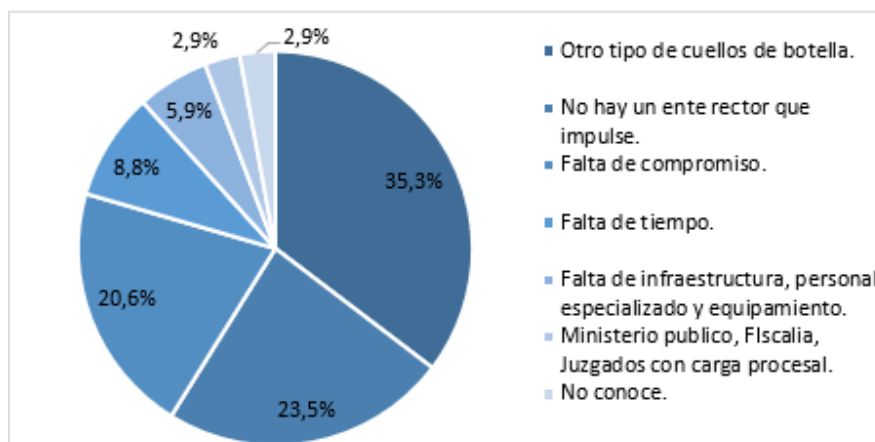
Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

El Gráfico 51 muestra que, desde la perspectiva de las/os prestadoras/es de servicios y autoridades, las dificultades que enfrentan en la coordinación para realizar seguimiento a la SSR y la PFV de las/os adolescentes está en primer lugar, que no hay un ente rector que impulse la instancia de coordinación, representado por el 23,5%, en segundo lugar, existe una falta de compromiso de las diferentes instancias para realizar seguimiento a la SSR y la PFV, representado por el 20,6%, en tercer lugar, no hay tiempo para participar en instancias de coordinación, representado por un 8,8% y en cuarto lugar, indican la falta de infraestructura, personal especializado y equipamiento, representado por el 5,9%.

Es necesario aclarar que el 35,3% que se muestra en el gráfico, codificado como “otros cuellos de botella”, concentra respuestas individuales vertidas por algunas/os prestadoras/es de servicios sobre dificultades en la coordinación, como, la política partidaria que dificulta la coordinación, señalando que las autoridades locales, son afines a diferentes organizaciones políticas y en las decisiones que toman prevalece la afinidad política y no el interés colectivo, para definir a quienes apoyan, con quienes coordinan y con quienes no, como lo mencionan en la siguiente cita, *“Es cierto, pero aquí hay muchas personas que están en la parte política. Entonces, como yo soy de este bando, yo voy a ayudar y no los llamo a los otros, ...es algo que dificulta en el municipio, porque hay de diferentes colores políticos, como que falta la coordinación, porque si nos uniríamos todos, yo creo que de verdad nos ayudaríamos”*. P: 9 - Mujer adulta. CM rural, Porongo, Santa Cruz.

Otras dificultades que señalan son: solo cuando se necesita, se coordina; falta elaborar un programa o un plan entre todos; la falta de recursos humanos dificulta la coordinación, existe una red contra la violencia de mujeres, pero no de adolescentes y jóvenes, la rotación permanente de personal, distancia entre las comunidades, falta de reuniones regulares y falta de recursos económicos.

Gráfico 51. Dificultades de coordinación entre instituciones y OS, según prestadoras/es de servicios y autoridades



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

“Generalmente es el tiempo que los de la comunidad destinan para poder escuchar. Ese es el principal problema porque, como le indicaba muchos toman como prioridad su trabajo, sus tierras, sus cultivos”. P:23 - Hombre adulto, CM rural, El Puente, Tarija.

El análisis de las respuestas respecto a las dificultades de coordinación resalta, como un tema recurrente la falta de coordinación entre las distintas instituciones y organizaciones que trabajan en la mejora de los servicios de salud y protección frente a la violencia, aunque algunos sectores, como salud, policía, defensoría, logran coordinar en ciertos casos; pero, hay barreras que impiden una respuesta rápida y eficaz, como personal insuficiente, falta de infraestructura adecuada, falta de recursos.

La falta de coordinación entre instituciones como salud, policía y defensoría puede resultar en un acceso limitado a servicios esenciales para las adolescentes y jóvenes mujeres, perpetuando la desigualdad, ya que las mujeres jóvenes enfrentan barreras adicionales en la búsqueda de atención y apoyo, lo que restringe su capacidad para ejercer sus derechos, afecta a su seguridad y también refuerza la percepción de que sus necesidades no son prioritarias, perpetuando así la desigualdad de género.

La ausencia de una instancia de coordinación inclusiva que integre las voces de adolescentes y jóvenes limita la capacidad de diseñar programas que respondan a sus necesidades reales. Sin la participación activa de estos grupos, las políticas y programas pueden no reflejar sus realidades necesidades y desafíos, lo que resulta en una exclusión sistemática. La creación de una instancia de coordinación inclusiva que integre a diversas voces y actores, es fundamental para diseñar programas efectivos que respondan a sus necesidades reales. *“Yo creo que tendría que haber coordinación entre todas las instituciones. Lamentablemente a veces no hay eso, se debe ver la forma de coordinar de una vez, porque solos, no podemos. Entonces tiene que haber una buena articulación y yo creo que la Alcaldía, tienen que ser sí o sí los que puedan empujar eso”. P: 16 - Mujer adulta. CM rural, El Puente, Tarija.*

La falta de reconocimiento hacia las autoridades comunitarias y la escasa participación de la comunidad en la planificación y desarrollo de actividades pueden disminuir la efectividad de las intervenciones. Crea un vacío en la inclusión, donde las necesidades locales no son atendidas y a su vez puede generar desconfianza y desinterés de la comunidad en los servicios disponibles. *“Una dificultad es que cada institución trabaja solitariamente sus actividades, no buscan nuestra participación, ni nos informan a las organizaciones sociales”. P: 8 - Mujer adulta. Rural, Aiquile, Cochabamba; “En algunas ocasiones*

tenemos en algunas comunidades, como le decimos a ellos, autoridades que no han salido ni bachiller, pero están de autoridades y deben ser respetados". P: 8 - Mujer adulta. Rural, Aiquile, Cochabamba.

Las/os prestadoras/es de servicios señalan que la falta de un ente rector con liderazgo y compromiso dificulta el funcionamiento de una instancia de coordinación multisectorial. La ausencia de un ente rector con liderazgo y compromiso dificulta la creación de una instancia de coordinación multisectorial efectiva, que podría apoyar y realizar seguimiento a la implementación de políticas públicas que respondan a las necesidades de las/os adolescentes y jóvenes y su realidad local, lo que perpetúa las estructuras patriarcales existentes.

La rotación permanente de autoridades, prestadores/as de servicios y funcionarios no permite una continuidad en los proyectos, el cumplimiento de metas establecidas y dificulta la coordinación multisectorial. Esto no solo afecta a la efectividad de las intervenciones, sino que también dificulta la despatriarcalización, ya que se pierden oportunidades para implementar cambios sostenibles en las dinámicas de poder.

La falta de recursos, personal insuficiente y la rotación constante de autoridades dificultan la implementación de políticas efectivas para la protección de las adolescentes y jóvenes frente a la violencia. Sin una respuesta rápida y coordinada, las mujeres que sufren situaciones de violencia pueden sentirse desprotegidas y desamparadas, lo que aumenta su vulnerabilidad. *"Usted, como una profesional dice, esto quiero hacer, pero ahí está la tranca, el poco personal con el que contamos. Somos cuatro, para poder abarcar todo, salir e ir a otros lugares no es posible, somos pocos". P: 26 - Mujer adulta. CM rural, Aiquile, Cochabamba.*

En resumen, las dificultades en la coordinación entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil tienen un impacto profundo y negativo en la igualdad de género, la inclusión, la protección frente a la violencia y la despatriarcalización. Es fundamental abordar estas barreras mediante la creación de instancias de coordinación inclusivas, el fortalecimiento del liderazgo y el compromiso institucional, y la promoción de la participación activa de la comunidad. Solo así se podrá garantizar que las necesidades de las adolescentes y jóvenes mujeres sean atendidas de manera efectiva y que se avance hacia una sociedad con mayor igualdad e inclusión y ejercicio de derechos.

7.5.4. Propuestas para mejorar la coordinación entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil.

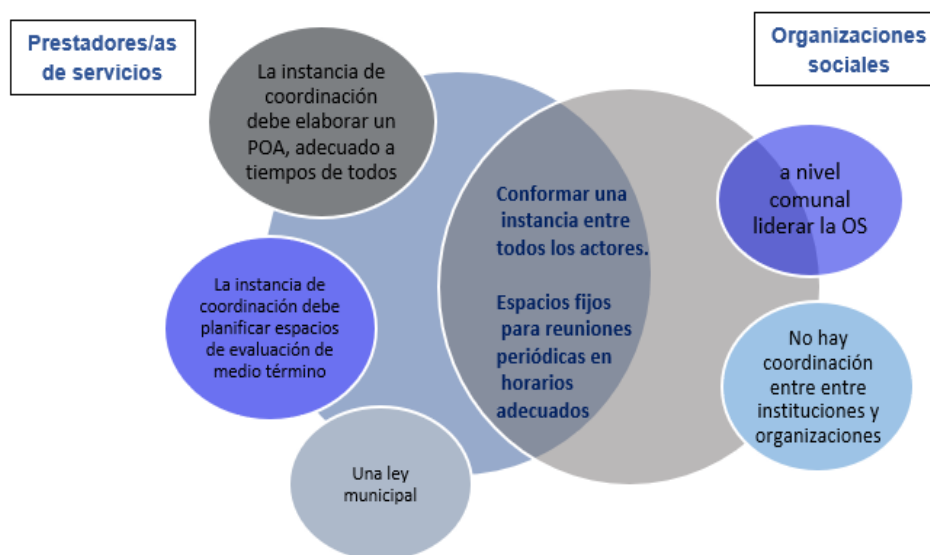
En el estudio, así como, se recogió información de prestadoras/es de servicios y de representantes de organizaciones sociales sobre las dificultades que existen para la coordinación entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil, también se recuperó información sobre propuestas para superar estas dificultades.

En el Gráfico 52, se observa que hay concurrencia en las propuestas que realizan prestadoras/es de servicios y representantes de organizaciones sociales, para mejorar la coordinación para responder a la prevención, atención y protección de la violencia basada en género de adolescentes, primero mencionan, que debe conformarse una instancia de coordinación interinstitucional entre todos los/as actores/as (autoridades, prestadores de servicios, salud, educación, DNA/SLIMS, representantes de organizaciones comunitarias y otras instituciones); y segundo, que esta instancia conformada debe planificar reuniones regulares de coordinación en horarios adecuados, para que todos/as puedan participar.

Asimismo, prestadoras/es de servicios y autoridades por su parte señalan que la instancia de coordinación debe elaborar un plan de trabajo adecuado a los tiempos de todos/as, así también, definir espacios de evaluación de medio término y elaborar una Ley municipal.

En cambio, los/as representantes de organizaciones sociales, indican en primer lugar, que ellos deben liderar a nivel comunal y en segundo lugar, que no hay coordinación formal entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil.

Gráfico 52. Propuestas para mejorar la coordinación entre instituciones y OS



Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Desde un enfoque de género y despatriarcalización, el análisis de las respuestas proporcionadas por prestadores/as de servicios y representantes de organizaciones sociales, reflejan una serie de preocupaciones y propuestas que buscan mejorar la coordinación entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil en la prevención, atención y protección de la violencia basada en género, especialmente de adolescentes y jóvenes mujeres.

Se enfatiza la necesidad de que las instituciones asuman un compromiso real con la problemática de las/los adolescentes. Esto implica la conformación de una instancia/red/plataforma de coordinación multisectorial entre todos los/as actores/as, donde se escuche la voz en igualdad de condiciones de la población en todas sus diversidades, y se garantice la participación de adolescentes y jóvenes para tomar en cuenta sus necesidades diferenciadas y experiencias. Esto es esencial para empoderar las organizaciones de la comunidad y de manera especial a las organizaciones de jóvenes. Asimismo, la coordinación interinstitucional fomenta un sentido de pertenencia y responsabilidad compartida para promover cambios positivos hacia la igualdad de género y la promoción del ejercicio de DSR y la erradicación de la VBG/VSBG.

“Yo creo que el compromiso es importante ¿no? para que funcione y para que nos relacionemos entre instituciones”. P: 22 - Mujer adulta. CM rural, Tomina, Chuquisaca.

“Reunir a todas las instituciones, eso hace falta, porque hacer cada uno por su cuenta no ayuda, y nos sale mejor si unimos fuerzas”. P: 2 - Mujer adulta. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.

"Yo creo que sería de mucha ayuda las redes, hacer una red donde haya comisiones en cada institución, un comisionado o una persona designada. Le decía yo que cada institución delegue a un miembro y que se socialicen las prácticas exitosas, se coordinen alguna actividad, algún evento, eso de alguna manera alienta y reduce esfuerzo, P: 25 – Hombre adulto. Urbano, DM6, Santa Cruz.

La propuesta recuperada de prestadoras/es de servicios para realizar reuniones mensuales o regulares de la instancia entre diversos/as actores/as institucionales y de la comunidad, para abordar el tema de violencia, en horarios adecuados para todos/as, es clave para fomentar la participación regular, la coordinación, colaboración y el intercambio de experiencias entre las instituciones y organizaciones comunitarias. Esto no solo permite una mejor respuesta a las necesidades de información, acceso a servicios de SDR y ante casos de VSBG/VSBG de adolescentes, sino que promueve un enfoque integral de trabajo conjunto que considera complejidad para abordarlas. Desde un enfoque despatriarcalizador, estas reuniones deben incluir la voz de las adolescentes y organizaciones que trabajan directamente con ellas, asegurando que sus necesidades y experiencias sean consideradas en la formulación de políticas, lo cual fortalece su empoderamiento y toma de decisiones. *"Pues yo pienso que es programar y ver la forma de que, entre todos podamos ayudar a los jóvenes. O sea, hacer reuniones para ver qué se va a hacer a principio de año. Empezar a decir, bueno, se va a hacer esto, vamos a empezar con esto, vamos a articular y coordinar". P: 16 - Mujer adulta, CM rural, El Puente, Tarija.*

"Yo pienso más que todo reuniones, reuniones mensuales entre todas estas instituciones, creado un grupo y ahí informarnos. En estas reuniones vamos a poder abarcar sobre el tema mensualmente. Ver que podemos ir mejorando en estas reuniones". P: 12 - Mujer adulta. CM rural, Padcaya, Tarija.

Se menciona la importancia de establecer normas que aseguren la continuidad de los proyectos, independientemente de los cambios en el personal. Desde un enfoque de género, esto asegura que las políticas públicas y programas dirigidos a la IGI y prevención de la violencia de género no se vean interrumpidas por la rotación de funcionarios. Es importante para mantener un enfoque sostenido en la promoción de la SDR y protección de la violencia de género y dar continuidad a la coordinación de la instancia multisectorial. *"Yo creo que debería implementarse una ley, donde diga que la persona que entra en el lugar de la que se va, continúe con los proyectos y lo seguimos implementando, porque nos quedamos con proyectos a medias debido a que el anterior funcionario se fue a otro trabajo o lo despidieron". P: 9 - Mujer adulta. CM rural, Porongo, Santa Cruz.*

La falta de recursos es un tema recurrente, se sugiere para que las iniciativas sean efectivas, contar con un presupuesto adecuado, las autoridades enfoquen los recursos para invertir en desarrollo humano, como en promoción de la IGI, SSRR y PfV de las y los adolescentes y jóvenes con enfoque de género y despatriarcalización y no solo se enfoquen en proyectos tangibles. *"Coordinar para que las organizaciones sociales no sean ajenas al trabajo que debe hacerse en salud sexual y reproductiva y el desarrollo humano. Se necesita invertir en estos temas. La misma sociedad no le da la importancia al desarrollo humano y los problemas de la salud sexual y reproductiva, para que esto cambie se debe coordinar e involucrar a las organizaciones sociales en el trabajo, para que le den la importancia que necesita". P: 24 - Mujer adulta. CM rural, Aiquile, Cochabamba.*

En resumen, las propuestas para mejorar la coordinación entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil son esenciales para abordar la violencia de género y promover los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes. El enfoque de género y despatriarcalización implica garantizar que estas propuestas sean inclusivas, sostenibles y centradas en las necesidades y experiencias de las adolescentes, empoderándolas para que ejerzan su autonomía y derechos. La colaboración efectiva

entre todos los actores es clave para lograr un cambio significativo en la protección y promoción de los derechos de adolescentes y jóvenes.

7.5.5. Instancias que se oponen a promover IGI, EIS, ejercicio de derechos a la SDSR y diversidades sexuales en la comunidad.

En el estudio, las respuestas en grupos focales de AJM en los 3 rangos de edad (12 a 14 años, 15 a 18 y 19 a 28) y de madres y padres, maestros/as de grupos focales FCM y FCH, muestran que algunas personas, instituciones u organizaciones se oponen a la promoción de IGI, EIS, ejercicio de derechos a la SDSR y diversidades sexuales en la comunidad.

A partir de las respuestas de AJM se puede observar en el Gráfico 53 que entre las principales instancias que se oponen, primero afirman que no hay instancias que se oponen (37%), en segundo lugar, algunas personas (18,5%), en tercer lugar, algunas personas en unidades educativas (11%), se oponen iglesias (11%), en cuarto lugar, se oponen los padres, madres de familia (7,4%). En el gráfico también se puede observar citas de las participantes. Es importante mencionar que no hay diferencias significativas entre las respuestas de los 3 grupos de AJM, así como por departamento.

Gráfico 53. Oposición de personas, instituciones a promover la IGI, EIS, SDSR, según opinión de AJM

No hay oposición (37%)	• "No hay instituciones y organizaciones que se oponen, creo que antes los sindicatos se opinan, ahora ya no". P: 198 - AJM 19 a 28 años. Rural, Aiquile, Cochabamba. • "No instituciones que se opongan no se ha visto en Serrano". P: 272 - AJM 15 a 18 años. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.
Si algunas personas (18,5%)	• "Yo si conocí a una persona la cual se oponía que haya ese tipo de cosas porque decía que al hablar de eso a adolescentes, es como si les estuvieran incentivando. en algunos casos, las familias, las mamás o los papás; yo conocía a una amiga y sus padres no le dejaban venir, a las charlas que se organizaba porque decía que les están enseñando sobre que deben iniciar su vida sexual". P: 328 - AJM 12 a 14 años. CM rural, Villa Serrano, Chuquisaca.
Se oponen: personas en la escuela/unidad educativa (11,5%)	• "La mayoría de las personas mayores no sabe de los métodos, por ejemplo, creo que ustedes quisieron ir a promover los condones y no les dejaron, porque aunque la directora tiene buen conocimiento, no apoyó esa iniciativa, dijo simplemente no tengas relaciones sexuales y listo". P: 280 - AJM 15 a 18 años. CM rural, El torno, Santa Cruz.
Se oponen: Iglesias (11,5%)	• "Hay instituciones que aún tienen esta cultura machista, entre estas, la iglesia un poquito. Yo soy católica. No la juzgo, pero hasta hace mucho no se podía hablar. pero creo que en algunas iglesias no sólo la católica, no se puede utilizar los métodos anticonceptivos. Y esto te coarta tu derecho a poder elegir sobre tu cuerpo, sobre tus derechos reproductivos. Entonces, la religión en este caso en general, te coarta algunos derechos sobre tu cuerpo". P: 181 - AJM 19 a 28 años. CM rural, Padcaya, Tarija
Se oponen los padres madres de familia(7,4%)	• "Los que se oponen son los padres de familia y las personas mayores. Creo que se oponen porque ellos tienen miedo de que las adolescentes y jóvenes al saber cómo cuidarse para no embarazarse, se van a portar mal porque ya no van a tener miedo. Por eso yo creo que sería bueno también capacitar a los papas, mamás y hasta abuelos en estos temas, para que entiendan". P: 198 - AJM 19 a 28 años. Rural, Aiquile, Cochabamba.

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Una participante mencionó sobre grupos conservadores, que pueden propagar noticias falsas sobre la educación con enfoque de género en redes sociales, generando miedo y resistencia: *"Yo creo que también últimamente se ha visto el surgimiento de grupos conservadores, especialmente cuando se quería hablar de educación con un enfoque de género. Se levantaron un montón de grupos conservadores oponiéndose y yo creo que igual tenemos que tomar en cuenta que hay muchos de estos grupos en las redes sociales que divulgan información falsa en los grupos y eso es como una cadena y mandan a todo el mundo". P: 177 - AJM 19 a 28 años. CM rural, Padcaya, Tarija.*

De acuerdo a la información recogida de los 3 grupos de AJM del estudio, sobre personas, instituciones u organizaciones que se oponen a la promoción de IGI, EIS, ejercicio de derechos a la SDSR y diversidades sexuales en la comunidad, se evidencia que existe una resistencia cultural, impulsada por creencias tradicionales y machistas que perpetúan que las mujeres deben limitarse a ciertos comportamientos que se traduce en falta de apoyo para iniciativas que promuevan la igualdad (memoria).

La resistencia de padres y madres de familia a la educación sobre igualdad de género, derechos sexuales reproductivos porque creen que hablar de estos temas de SSR, métodos anticonceptivos es incentivar a comportamientos sexuales irresponsables, demuestra una falta de comprensión sobre la EIS y su importancia para la salud y bienestar de adolescentes y jóvenes, esta situación se profundiza más en AJM que viven en zonas rurales, como se puede constatar en la siguiente cita *"Los padres no quieren que nos hablen. Por ejemplo, yo quería comunicarme con él y mi padre me respondía vas a saber de estas cosas, pero no quiero que hables de eso, estas dando mal ejemplo a tus hermanas menores me dice. Yo creo que mi padre tiene vergüenza de hablar de estas cosas". P: 275 - AJM 15 a 18 años. Rural, Aiquile, Cochabamba.*

Este hecho mencionado, así como la oposición de algunos directores de unidades educativas a desarrollar talleres en estos temas, limitan a las y los adolescentes y jóvenes al acceso a información y servicios en SSR, en consecuencia, también a su capacidad para tomar decisiones informadas sobre sus cuerpos.

La oposición a la educación sexual y la igualdad de género de instituciones como la iglesia puede llevar a la estigmatización de adolescentes y jóvenes que buscan información o apoyo, creando un ambiente de miedo vergüenza, e incapaces de buscar ayuda o hablar abiertamente sobre sus experiencias debido al miedo a la desaprobación de la familia o la comunidad. Esto, sumado a la falta de educación sobre violencia sexual y SDSR puede contribuir a la normalización de la violencia basada en género, siendo las adolescentes y jóvenes más susceptibles a situaciones de abuso y violencia.

En resumen, la presencia de personas, instituciones y organizaciones que se oponen a la promoción de IGI, EIS, ejercicio de derechos a la SDSR y diversidades sexuales no solo afecta a adolescentes y jóvenes, sino también puede tener repercusiones más amplias en la comunidad, limitando el acceso a información vital en estos temas y en consecuencia, mantener las desigualdades de género, los prejuicios y normas socioculturales que impiden avanzar en la igualdad de género e inclusión y en el ejercicio de los derechos a la educación, información y atención en servicios de SSR y Protección frente a la violencia, de adolescentes y jóvenes

Por otro lado, también se recabó información de padres, madres de familia, maestras/os, líderes de organizaciones de la comunidad, sobre este mismo tema, si existen personas, instituciones u organizaciones que se oponen a la promoción de IGI, EIS, ejercicio de derechos a la SDSR y diversidades sexuales, para analizar la concurrencia o discordancia con la opinión de las AJM.

El Gráfico 54, muestra los resultados. En primera instancia mencionan que no hay instancias que se opongan en un porcentaje alto (60%), en segundo lugar, que son algunos hombres adultos que se oponen (15,6%), en tercer lugar, algunas personas (15,6%), en cuarto lugar, se oponen iglesias (4,4%) y, en quinto lugar, se oponen algunas autoridades públicas (2,2%). Asimismo, se presentan citas en el gráfico que avalan los resultados encontrados.

Gráfico 54. Oposición de personas, instituciones a promover la IGI, EIS, SDSR y PfV, según opinión de FCM y FCH.

No hay oposición (60%)	• "No hay No hay personas que se opongan". P: 162 - Mujer adulta. Rural, Aiquile, Cochabamba." • "No no hay en la comunidad". P: 146 - Mujer adulta. Rural, Tomina, Chuquisaca. • "De hecho, no hay, que institución esté en contra". P: 300 - Hombre adulto, Rural, El Puente, Tarija.
Algunos hombres adultos (15,6%)	• "Bueno de esa parte hablando no, pero en algunas personas así mayores o gente antigua se puede decir que no quieren hablar de ese tema, ni siquiera que se capaciten sus hijos, en esos temas". P: 315 - Hombre adulto. Rural, Tomina, Chuquisaca. • Y bueno, de todo lo que hemos venido hablando. hay algunas, personas por ideología, a veces por situaciones culturales que sí se oponen". P: 300 - Hombre adulto. Rural, el Puente, Tarija
Si algunas personas (15,6%)	• "Puede haber algunas personas que no, no están de acuerdo. De acuerdo. Sí. ". P: 299 - Hombre adulto. Rural, El Puente, Tarija. • Hay gente, ellos tienen su forma de pensar errada, porque quién no va a querer que le hablen a sus hijos. P: 323 - Hombre adulto. Urbano, DM6, Santa Cruz.
Se oponen: Iglesias (4,4%)	• "Tal vez en esta parte pueden ser las creencias o las religiones, algunas religiones no aceptan los métodos anticonceptivos. Piensan que eso es otra cosa, no es de Dios". P: 314 - Adulto hombre. Rural, Tomina, Chuquisaca. • "Por ejemplo, como dice el tener un hijo es bendición de Dios. Tiene que tener como decir, hijos por montón. Y hablar de sexo en esa religión no está bien para ellos. O sea, no puedes tener ni relaciones sexuales". P: 303 - Hombre adulto. Rural, Padcaya, Tarija.
Se oponen: autoridades estatales (2,2%)	• "Sí, eso más que todo las autoridades de hoy en día, no les interesa, la salud pública, peor salud reproductiva y sobre todo lo de género. Yo creo que se debería también dar clases a las autoridades para que tengan un poquito más de conciencia con nuestros jóvenes. Yo pienso que no están en contra, lo peor es que no apoyan". P: 154 - Mujer adulta. Urbano, DM6, Santa Cruz.

Fuente: Elaboración propia con datos del estudio

Los resultados encontrados muestran, por un lado, que existe concurrencia entre opiniones de ambos actores/as, es decir de las AJM de los 3 grupos de edad y padres/madres de familia y líderes que participaron de los grupos focales, en que existen algunas personas, personas adultas y la iglesia que se oponen a hablar sobre estos temas, a que se informen y capaciten a las y los adolescentes y jóvenes.

Por otra parte, se observa una diferencia entre ambos actores/as representado por alto porcentaje de 60% de respuestas de padres/madres de familia que sostienen que no hay oposición a estos temas en la comunidad de parte de personas o instituciones, comparado a un 37% de las AJM, esto puede deberse a que las AJM como son las más afectadas por las limitaciones que provoca esta oposición en el ejercicio de sus DSR.

Algo que llama la atención es que el grupo de AJM menciona que son los padres y madres quienes se oponen a que se informen o se les hable sobre temas de SSR, anticonceptivos a causas de prejuicios que tienen; en cambio en el grupo de padres y madres uno o dos personas lo mencionan. Las AJM, al ser las más afectadas por las limitaciones impuestas por la oposición a la educación sexual, están más atentas a las instancias que obstaculizan su autonomía. Esto resalta la importancia de validar sus experiencias y percepciones, ya que son ellas quienes enfrentan directamente las consecuencias de la falta de información y apoyo en temas de salud sexual y reproductiva. La falta de reconocimiento de estas realidades por parte de los padres/madres puede perpetuar un ciclo de desinformación y vulnerabilidad.

La diferencia en las percepciones también sugiere que puede haber una falta de información o sensibilización entre los padres/madres. Es posible que aquellos que no reconocen la oposición no hayan pasado por procesos de capacitación que les permitan entender la importancia de la educación sexual integral (ESI) y los derechos sexuales y reproductivos.

En resumen, las diferencias de opiniones entre los actores sobre la oposición a la educación en salud sexual y reproductiva impactan directamente en la capacidad de avanzar hacia la igualdad de género, la inclusión y la protección frente a la violencia. Abordar estas diferencias mediante el diálogo, la sensibilización y la educación es crucial para empoderar a las adolescentes y garantizar que puedan ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos.

Recomendaciones operativas:

Tabla 10: Recomendaciones operativas - Garantes de derechos

Resultado intermedio 1200: Mejorada la prestación de servicios de Salud Sexual Reproductiva (SSR) inclusivos y que respondan al género y a la edad por parte del sistema de salud, incluyendo servicios que respondan a las sobrevivientes de violencia sexual basada en género (VSBG).
Resultado inmediato 1210: Capacidad mejorada del personal de salud para prestar servicios de SSR de calidad, inclusivos y que responden al género y a la edad.
Producto 1211: Personal de salud formado en la prestación de servicios de SSR, incluida la VSBG. • Elaborar y validar módulos de capacitación asincrónica a personal de salud y protección, para garantizar la sostenibilidad de la formación continua y reducir el problema de rotación del personal. • Implementar protocolos de calidad de atención y confidencialidad en centros de salud/ Centros AIDA, unidades educativas y DNA/SLIM para garantizar una atención amigable, oportuna y respetuosa de la privacidad de las/os adolescentes y jóvenes. • Fortalecer las capacidades de promotoras comunitarias, dotarles de insumos y herramientas para desarrollar su trabajo en coordinación con DNA/SLIM y con los servicios de salud en acciones de prevención, detección y derivación de casos de embarazo adolescente, atención de la ILE y otros de vulneración de DSR, así como información de servicios de SSR.
Resultado inmediato 1220: Mejorada la disponibilidad de servicios e instalaciones de SSR de calidad para adolescentes y jóvenes, especialmente para AJM.
Producto 1221: Apoyo material (equipamiento/renovación) brindado a establecimientos de salud focalizados para la prestación de servicios de SSR inclusivos que respondan al género y a la edad. • Adecuar los servicios de salud con materiales accesibles, espacios privados, horarios diferenciados y/o implementar o fortalecer el funcionamiento de centros AIDA.
Resultado inmediato 1230: Mejoradas las vías verticales y horizontales de derivación de casos de SSR, incluidos los casos de sobrevivientes de VSBG.

Producto 1232: Sistema de vigilancia de la SSR basado en la comunidad (SVEC) implementado junto con los establecimientos de salud destinatarios.

- Promover la participación activa de AJM en la planificación y evaluación de los servicios de salud, como una herramienta para que sus necesidades diferenciadas sean tomadas en cuenta y hacer seguimiento a la implementación de programas que aseguren la calidad y servicios adecuados.

Resultado intermedio 1300: Mayor capacidad de respuesta de los mecanismos de gobernanza de la salud y la educación a las necesidades en SDR y Protección de adolescentes y jóvenes, especialmente de las AJM.

Resultado inmediato 1310: Redes multisectoriales fortalecidas y mecanismos público-privados de apoyo a la SDR de adolescentes y jóvenes, incluyendo para sobrevivientes de VSBG.

Producto 1311: Apoyo a las redes multisectoriales para mejorar la coordinación y la acción colectiva en el ámbito de la SDR de adolescentes y jóvenes a nivel comunitario, municipal y departamental.

- Promover espacios formales de coordinación estratégica, no solo operativa, entre salud, educación, SLIM, DNA y organizaciones sociales, asegurando su institucionalización.
- Promover la creación o fortalecimiento de instancias de coordinación multisectorial local con la participación de representantes de salud, educación, SLIM, DNA, organizaciones sociales y comunitarias, asegurando la participación de adolescentes y jóvenes, donde se elabore un plan de acción conjunto para la mejora de la igualdad de género, inclusión, derechos a la SSR y PfV BG/VSBG de las/os adolescentes y jóvenes y espacios de evaluación periódica. Esta instancia debe contar con un reglamento de funcionamiento, cronograma regular de reuniones definidos de manera participativa, asignación de responsabilidades y mecanismos de seguimiento. Sus integrantes deberán formalizar su participación a partir de la firma de una carta de compromiso y delegación de representantes.
- Recuperar las experiencias de coordinación de las redes contra la violencia de las cabeceras de municipios de Padcaya y Tomina para replicar buenas prácticas.
- Realizar alianzas con ONGS que trabajan en las temáticas del proyecto, para realizar sinergias en la parte técnica, compartir buenas prácticas y sumar recursos.
- Elaborar un plan anual conjunto que integre acciones y recursos dirigido a mejorar la IGI, SDR, EIS y PfV BG/VSBG de las/os adolescentes y jóvenes que aporte a la de construcción de estructuras patriarcales que perpetúan la violencia y la desigualdad. El plan debería incorporar acciones de seguimiento a la implementación de políticas públicas y apoyo a acciones de incidencia de las organizaciones juveniles y de mujeres.
- Promover que las DNA, desde la instancia multisectorial, fortalezcan capacidades de las promotoras comunitarias; asimismo, aseguren recursos materiales y económicos de las instancias públicas para garantizar el funcionamiento y sostenibilidad a largo plazo del trabajo de las promotoras en prevención, detección y derivación de casos de VBG/VSBG, en coordinación con los servicios de salud y educación.

Resultado inmediato 1320: Habilidad incrementada de las organizaciones de base dirigidas por mujeres y jóvenes en toda su diversidad para participar en los espacios institucionales de toma de decisiones, abogar por y monitorear el progreso de la SDR de adolescentes y jóvenes.

Producto 1321: Miembros de organizaciones de base lideradas por mujeres y jóvenes formadas en liderazgo, participación, rendición de cuentas e incidencia basada en evidencia, con un enfoque inclusivo que responde al género y a la edad.

- Conformar y/o fortalecer redes juveniles con herramientas para hacer seguimiento y exigir cumplimiento de compromisos en SSR y PfV y asegurar su funcionamiento autónomo, a partir de la elaboración de reglamentos internos y la inclusión permanente de estudiantes de UE para garantizar su funcionamiento y sostenibilidad en el tiempo.
- Fortalecer capacidades de líderes locales, organizaciones de mujeres y organizaciones juveniles en planificación participativa, control social e incidencia en políticas públicas.

Producto 1322: Apoyo técnico en monitoreo participativo y acciones de incidencia basada en evidencia en defensa de la EIS y la SDR de adolescentes y jóvenes brindado a organizaciones de base lideradas por mujeres y jóvenes.

- Acompañar técnicamente al funcionamiento de mesas de articulación multisectorial facilitando procesos participativos, socialización de experiencias exitosas y priorización de territorios con

mayores brechas de atención. Promover la documentación y sistematización de buenas prácticas para su réplica.

Resultado inmediato 1330: Incrementada la disponibilidad de data y productos de conocimiento de calidad sobre la SDDR de adolescentes y jóvenes para la incidencia basada en evidencia y la toma de decisiones y gobernanza en salud por parte de los garantes de derecho.

Producto 1331: Mejores prácticas y resultados del proyecto documentados y compartidos entre las comunidades, los proveedores de salud y educación, los garantes de derecho y las partes interesadas.

- Impulsar que las instancias de planificación municipal incluyan presupuestos sensibles al género que reflejen las prioridades de las/os adolescentes y jóvenes en SSR y PfV desde sus propias voces.
- Elaborar una propuesta de normativa local o directriz municipal, para garantizar la continuidad de proyectos, programas, en caso de rotación de personal asegurando la transferencia y continuidad institucional de procesos iniciados en SSR y protección frente a la violencia.