



Informe final

Análisis de igualdad de género y protección en SDSR de adolescentes y jóvenes mujeres para el proyecto REACH – Adolescentes resilientes y empoderadas para el cambio y la acción en salud y derechos sexuales y reproductivos (SDSR)

Consultoras:
Elva Crespo F.
María Soledad Delgadillo
Maria Lizzy Montaña E.
Silvia Vega

La Paz, 12 de mayo de 2025

Contenido

1. Antecedentes.....	7
2. Introducción	7
3. Bases teóricas	9
4. Objetivos.....	11
4.1. Objetivo general	11
4.2. Objetivos específicos.....	11
5. Marco metodológico	13
5.1. Enfoque y metodología.....	13
5.2. Muestra.....	14
5.3. Población del estudio	15
5.4. Procedimiento metodológico	16
5.5. Categorías de análisis	17
5.6. Guías e instrumentos	18
5.7. Procesamiento y análisis de la información	19
6. Consideraciones éticas	19
7. Resultados, análisis y recomendaciones	19
7.1. Roles y responsabilidades.....	20
7.2. Acceso y control de recursos	21
7.3. Participación y toma de decisiones	24
7.4. Normas sociales	26
7.5. Garantes de derechos e instituciones	29
8. Conclusiones	32
8.1. Roles y responsabilidades.....	32
8.2. Acceso y control de recursos	34
8.3. Participación y toma de decisiones	36
8.4. Normas sociales	39
8.5. Garantes de derechos e instituciones	41
9. Recomendaciones.....	43
1.1. Roles y responsabilidades.....	43
1.2. Acceso y control de recursos	44
1.3. Participación y toma de decisiones	46
1.4. Normas sociales	48
1.5. Garantes de derechos e instituciones	50
10. Amenazas, riesgos y medidas de mitigación (Objetivo 3).	53
10.1. Roles y responsabilidades.....	53
10.2. Acceso y control de recursos	54
10.3. Participación y toma de decisiones	55
10.4. Normas sociales	56

10.5.	Garantes de derechos	58
11.	Bibliografía.....	60
12.	Anexos.....	62

Índice de tablas

Tabla 1. Criterios para selección de la muestra establecidos en los TDR

Tabla 2. Temas según subcategorías de análisis

Índice de gráficos

Gráfico 1. Distribución de participantes por departamento

Gráfico 2. Distribución de participantes por sexo

Gráfico 3. Distribución de participantes por lugar de residencia

Índice de gráficos del Anexo 7

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

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

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

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

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

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

Gráfico 10. Efectos de roles en las personas, según AJH

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

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

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

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

Gráfico 15. Lugares de acceso a información según AJM

Gráfico 16. Lugares de acceso a información según AJH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gráfico 34. Respuestas de FCM y FCH para mejorar sus habilidades y conocimientos y para apoyar a sus hijas e hijos

Gráfico 35. Opinión de AJM sobre EIS, servicios de SSR, según grupos de edad.

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

Gráfico 37. Culpabilización hacia AJM que sufren VBG, según AJM.

Gráfico 38. Culpabilización hacia AJM que sufren VBG, según FCM y FCH.

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

Gráfico 40. Responsabilidad de hombres para la prevención de VSBG.

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

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

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

Gráfico 44. Opiniones de AJH sobre MUTF.

Gráfico 45. Opiniones de prestadoras/es de servicios sobre ILE

Gráfico 46. Opiniones de representantes de OSC sobre ILE.

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

Prestadoras/es de servicios

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.

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.

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

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

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

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

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

Gráfico 55. Propuesta de contenidos clave para procesos de EIS.

Siglas y acrónimos

AJH	Adolescentes, jóvenes hombres
AJM	Adolescentes, jóvenes mujeres
CIES	Centro de Investigación, Educación y Servicios
COSOMUSA	Consejo Social Municipal de Salud
DNA	Defensoría de la Niñez y Adolescencia
EIGI	Evaluación de la Igualdad de Género e Inclusión
EIS	Educación Integral en Sexualidad
FCH	Familia y Comunidad Hombres
FCM	Familia y Comunidad Mujeres
FUBE	Fundación Una Brisa de Esperanza
GAM	Gobierno Autónomo Municipal
IGI	Igualdad de Género e Inclusión
ILE	Interrupción Legal del Embarazo
LGBTIQ+.	Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.
MAC	Métodos anticonceptivos
MAM	Métodos anticonceptivos modernos
MUTF	Matrimonio y Unión Temprana Forzada
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
OS	Organizaciones sociales
PF	Planificación Familiar
PfV	Protección frente a la Violencia
PI	Plan Internacional
POA	Plan Operativo Anual
PBJA	Programa Bono Juana Azurduy
Centro AIDA	Centro de Atención Integral de Adolescentes y Jóvenes
REACH	Adolescentes Resilientes y Empoderadas para el Cambio y la Acción en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SDSR	Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SLIM	Servicios Legales Integrales Municipales
TdR	Términos de Referencia
UNEFCO	Unidad Especializada de Formación Continua
VBG	Violencia Basada en Género
VSBG	Violencia Sexual Basada en Género

1. Antecedentes

El proyecto “REACH - Adolescentes Resilientes y Empoderadas para el Cambio y la Acción en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos” marco en el cual se realiza el estudio para el “Análisis de igualdad de género y protección frente a la violencia basada en género y violencia sexual basada en género de adolescentes y jóvenes mujeres” es una iniciativa de Plan International Bolivia, Plan Canadá y Global Affairs Canadá, en asocio con CIES (Centro de Investigación, Educación y Servicios) con el objetivo de mejorar la SDSR de AJM, especialmente aquellas en condiciones de vulnerabilidad, considerando las necesidades de grupos diversos, adolescentes indígenas, con discapacidad y LGBTIQ+.

Plan International es una organización humanitaria internacional, sin afiliación religiosa, política o gubernamental, con más de 50 años en Bolivia. Plan International fomenta cambios en la práctica y en las leyes a escala local, nacional y mundial en base a las experiencias y conocimientos desarrollados en alianzas con múltiples actores, en base al enfoque “Promoviendo los Derechos de la Niñez y la igualdad para las Niñas – Nuestro enfoque global para programas e influencia”. Plan International Bolivia se rige por su Estrategia de País para el periodo 2019-2024 en las áreas de implementación de programas PIAs, la cual busca incrementar la agencia y el poder transformativo de las niñas para que ellas lideren el cambio y ejerzan sus derechos en ambientes culturalmente sensibles, libres de violencia, igualitarios e inclusivos.

El proyecto Adolescentes Resilientes y Empoderadas para el Cambio y la Acción en SDSR en Bolivia - REACH que se viene implementando, plantea como resultado final “mejor realización de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) de las adolescentes y las mujeres jóvenes, especialmente de aquellas en situación de vulnerabilidad en Bolivia, integrada en la programación de acciones específicas de igualdad de género e inclusión y de protección contra la violencia basada en género (VBG) y la violencia sexual basada en género (VSBG) para el logro de los cambios buscados”. REACH se compromete a dar respuesta a las desigualdades de género que incrementan las barreras de acceso a la decisión y la autonomía de adolescentes y mujeres jóvenes en materia de SSR. El Proyecto REACH se centrará en áreas desatendidas de la SDSR, incluyendo: educación integral en sexualidad (EIS), prevención y respuesta a la violencia sexual y de género (VSG), defensa de la SDSR, planificación familiar (PF), y aborto/atención postaborto.

Como parte de este proyecto y con la finalidad de proporcionar una comprensión en profundidad de las dinámicas de poder, de género e inclusión en el ejercicio de la SDSR a nivel individual, interpersonal, familiar, comunitario, institucional y de tomadores de decisión a nivel local en los departamentos de intervención; así también, evaluar el enfoque sobre el entorno facilitador de SDSR y protector frente a VBG/VSBG y contar con recomendaciones basadas en evidencia, que podrán contribuir al diseño y la implementación del proyecto, se plantea la realización del presente estudio cualitativo de la igualdad de género, la inclusión y la protección frente a la VBG/VSBG.

2. Introducción

La salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes mujeres (AJM) en Bolivia es un área crítica donde persisten desigualdades de género significativas. Bolivia enfrenta una situación altamente preocupante por la violencia sexual que sufren niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Información actualizada expresa esta realidad; 61 niñas y adolescentes se embarazan cada día

en el país, siendo una de las tasas más altas de Latino América. 115 mujeres por día son atendidas por complicaciones asociadas al aborto (Observatorio de Género CM 2024).

El embarazo adolescente de 15 a 19 años tiene una baja de 32% con relación a la ENDSA 2016. Con relación a la violencia sexual basada en género, comparando la gestión 2023 con la gestión 2024, se observa un incremento del 10.56% en hechos de violación, 6.97% en violación a niña, niño o adolescente, 2.26% en estupro y 1.95% en abuso sexual (Ministerio de Gobierno, 2024).

Sobre el feminicidio, la Fiscalía General del Estado informa que en la gestión 2024, se registraron 84 casos a nivel nacional; 23 se han producido en La Paz, 18 en Cochabamba, 15 en Santa Cruz, 8 en Tarija, 8 en Oruro, 7 en Potosí, 3 en Chuquisaca y 2 en Beni. Pando es el único departamento que no ha registrado ningún caso. En 2025, de enero al 20 de marzo de 2025 se registraron 19 casos de feminicidio. Asimismo, la Fiscalía también informa que el 2024, se han atendido 50.325 casos bajo la Ley No. 348, de los cuales 37.601 corresponden a violencia familiar o doméstica.

Por su parte, el Ministerio de Salud y Deportes informa que, durante la gestión 2023 se registraron 32.660 embarazos en adolescentes de 10 a 19 años y el informe de la Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) 2023 confirma que la tasa de fecundidad en 48 nacimientos por cada mil adolescentes embarazadas, lo que confirma la tendencia a la baja, similar a otros países de América Latina.

Sobre el uso de métodos anticonceptivos modernos, la EDSA reporta un incremento 47,5% en 2008 a 65,1% en 2023. En el caso de los hombres, los porcentajes de uso de métodos modernos se mantienen relativamente mayores con respecto a las mujeres, con cifras cercanas a 71,8% en 2023 para “todos los hombres”. Un análisis detallado de estos datos indica que las brechas por nivel educativo y quintil de pobreza todavía se mantienen.

El Estado establece diversas entidades para brindar asistencia en casos de violencia, incluyendo la Policía, el Ministerio Público, los Servicios Legales Integrales Municipales (SLIM), las Defensorías de la Niñez y Adolescencia para casos que involucren a menores de 18 años, la Defensoría del Pueblo, los Servicios Integrados de Justicia Plurinacional y el Servicio Plurinacional de Defensa de la Víctima. Se evidencian capacidades limitadas especialmente en el área rural, falta de acciones de prevención y colapso en estas instituciones.

En este contexto de violencia y vulnerabilidad para niñas, niños y adolescentes, las acciones institucionales que se propone Plan International, son absolutamente pertinentes para abordar la protección en SDR de adolescentes y jóvenes mujeres en el marco del Proyecto REACH. El proyecto tiene un periodo de implementación de 66 meses y se implementa en asocio con el Centro de Investigación y Educación en Salud (CIES) con el objetivo de “mejorar la SDR de AJM, especialmente aquellas en condiciones de vulnerabilidad, considerando las necesidades de grupos diversos adolescentes indígenas e individuos LGBTIQ+”.

El proyecto REACH, se compromete a “dar respuesta a las desigualdades de género que incrementan las barreras de acceso a la decisión y la autonomía de AJM en materia de SSR”. El proyecto también promueve la colaboración con organizaciones y grupos de AJM como actrices clave reconocidas y promotoras del cambio. Involucra a adolescentes y adultos hombres en la transformación de las relaciones desiguales de poder y de las masculinidades tradicionales y a otros actores del entorno cercano de AJM para crear un entorno favorable a la garantía de la SDR de AJM y la promoción de la igualdad de género e inclusión (IGI). Los enfoques prioritarios del proyecto son: la protección frente a la violencia (PfV), IGI, la SDR y la despatriarcalización.

El estudio explorará en profundidad las dinámicas de género que influyen en la SDR de las AJM, proporcionando evidencia fundamental para orientar las estrategias y actividades del proyecto REACH. El presente informe presenta los objetivos, la metodología, los principales resultados, conclusiones y recomendaciones del trabajo desarrollado, tomando como base de análisis los enfoques prioritarios del proyecto.

3. Bases teóricas

Los enfoques teóricos referenciales del estudio son: despatriarcalización, enfoque transformador de género e interseccionalidad. Adicionalmente se toma en cuenta la teoría de cambio del proyecto y se sugiere considerar el enfoque de derechos que se describe más adelante.

Despatriarcalización

El patriarcado es un sistema de organización social en el que los hombres tienen el poder primario y predominan en roles de liderazgo político, autoridad moral, privilegio social y control de la propiedad. El patriarcado está asociado con un conjunto de ideas e ideología que actúa para intentar explicar y justificar este dominio y lo atribuye a diferencias naturales inherentes a mujeres y hombres.

Históricamente, el patriarcado se ha manifestado en la organización social, legal, política, religiosa y económica de una variedad de culturas, oprimiendo especialmente a las mujeres, los pueblos indígenas, reproduciendo la pobreza y depredando la naturaleza.

El patriarcado y el colonialismo constituyen la base sobre la que se construyó el modelo capitalista y como sistemas de dominación, deben erradicarse de la sociedad, el Estado y su administración. En ambos casos es necesario desmontar las estructuras coloniales y patriarcales, para superar el racismo, la discriminación y el machismo (Salguero, 2022).

Plan Internacional, entiende el patriarcado como el sistema que oprime a la humanidad (mujeres, hombres y personas intersexuales) y a la naturaleza, construido históricamente sobre el cuerpo de las mujeres (Guzmán A., 2019). Es decir, es una pedagogía patriarcal, que naturaliza las violencias contra los cuerpos feminizados, indígenas y empobrecidos, y contra la naturaleza. La despatriarcalización es entonces una categoría aplicada; es decir, es el des-armar, y des-estructurar el sistema de opresiones y dominaciones patriarcales, que surge como propuesta de los feminismos latinoamericanos, comunitarios e indígenas; y a la vez está alineado a las leyes bolivianas como la Ley 070 de Educación, la Ley 348 “Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia”, y el Plan Plurinacional de Igualdad de Oportunidades, entre otras normativas.

En este contexto, la igualdad de género es un horizonte de acción contra la desigualdad, donde la relación entre mujeres y hombres se plantea como una dualidad, porque es importante que estén siempre las miradas de ambos, sabiendo que la complementariedad sólo es posible siempre y cuando las mujeres y niñas no vivan violencia, tengan su fuerza, su voz, sus derechos, al igual que los hombres.

Teoría de cambio

Es una herramienta que nos permite identificar y explicar todos los pasos y las condiciones necesarias para producir un cambio a largo plazo en la comunidad. Permite planificar el cambio, reflexionar y reevaluar los logros. La Teoría de Cambio está basada en nuestros conocimientos

y experiencias y nos ayuda a organizar nuestros pensamientos y a determinar las condiciones necesarias para alcanzar el cambio deseado en el contexto dado.

Enfoque transformador de género

Plantea la necesidad de tratar no solo los síntomas de la discriminación de género, y enfatiza en el abordaje de los determinantes estructurales de la desigualdad de género con la finalidad de lograr efectos duraderos y transformadores.

Plan Internacional asume el enfoque transformador de género que aborda las causas profundas de la desigualdad de género y reconfigura las relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres, se centra no sólo en ofrecer igualdad de oportunidades y resultados para todos, sino en eliminar las barreras que impiden a las niñas en toda la expresión de su diversidad, desarrollar todo su potencial y ejercer sus derechos. En este sentido, se ha comprometido a aplicar un enfoque transformador de género en su programación e influencia, que tiene como objetivo eliminar los obstáculos que impiden a las niñas alcanzar su pleno potencial y ejercer sus derechos; romper las barreras que impiden a los hombres y los niños incorporar la igualdad de género, ejercer sus derechos y ser agentes del cambio. Identifica seis elementos clave en el enfoque transformador de género, que combinados ayudarán a alcanzar la igualdad de género. Estos son:

- a. Comprender y abordar la forma en que las normas de género influyen en los niños y niñas a lo largo de su vida, desde el nacimiento hasta la edad adulta.
- b. Trabajar para fortalecer la Agencia de las niñas y las jóvenes en las decisiones que les afectan, así como para desarrollar sus conocimientos, su confianza, sus aptitudes, así como su acceso a los recursos y su control sobre ellos
- c. Mejorar las condiciones (necesidades diarias) y la posición social (valor o estatus) de las niñas y las jóvenes.
- d. Trabajar con los niños, los jóvenes y los hombres y apoyarlos para que adopten masculinidades positivas y promuevan la igualdad de género, al tiempo que obtengan cambios positivos en sus vidas.
- e. Considerar a las niñas, los niños, las jóvenes y los jóvenes en toda su diversidad al identificar y responder a sus necesidades e intereses específicos.
- f. Fomentar un entorno propicio en el que todas las partes interesadas colaboren para apoyar a los niños y jóvenes en su camino hacia la igualdad de género.

La interseccionalidad

La interseccionalidad es un enfoque y una herramienta para el análisis, el trabajo de abogacía y la elaboración de políticas, que toma en cuenta múltiples discriminaciones y ayuda a entender la manera en que el género se cruza con diferentes identidades y cómo esto contribuye a conformar experiencias únicas de opresión y privilegio, por la diferenciación del acceso a derechos y oportunidades.

El enfoque interseccional permite tomar en cuenta : a) las identidades múltiples y coexistentes de una persona y contribuye de manera única a su experiencia de vida pues no se puede entender completamente la experiencia de una persona si se analizan estas identidades de manera aislada; b) el contexto histórico, social, y cultural en el que se desarrollan las identidades, la dinámica de poder, la comprensión de las estructuras de poder (patriarcado, racismo,

capitalismo, etc.) que interactúan y se refuerzan entre sí para mantener las desigualdades sociales.

Enfoque de derechos para superar el adultocentrismo

El enfoque centrado en derechos parte del reconocimiento a todas las personas como titulares de derechos y a los estados y la ciudadanía como los responsables de garantizar el respeto, la protección y la realización de estos derechos. Por ello, sitúa a los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y derechos reproductivos, en el centro de todas las decisiones y procesos. Esto implica asegurar que las políticas y programas respeten, protejan y cumplan los derechos de todas las personas, especialmente de las más vulnerables.

Abordar el adultocentrismo desde el enfoque de derechos implica el reconocimiento de la autonomía y la voz de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, la participación en decisiones que afectan sus vidas, superando la tendencia adultocéntrica de subestimar sus opiniones. Para ello será necesario realizar educación en derechos por medio de diversas estrategias y crear espacios de participación en la comunidad y las instituciones, asegurando que sus perspectivas sean consideradas en igualdad de condiciones.

Los enfoques conceptuales mencionados, son parte de la propuesta técnica que se presenta y serán aplicados de manera pertinente en el diseño metodológico y de las herramientas, en su ejecución, así como en la sistematización y el análisis de la información colectada y se expresarán coherentemente, en los resultados de la consultoría.

4. Objetivos

Los siguientes objetivos guiaron la realización del estudio.

4.1. Objetivo general

“Comprender las causas profundas de la desigualdad 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 SDR. Asimismo, establecer recomendaciones específicas sobre oportunidades de IGI y PfV para validar, ajustar y complementar la programación y la implementación del proyecto. Finalmente, identificar y analizar las amenazas o riesgos para el proyecto y proponer medidas de mitigación”.

4.2. Objetivos específicos

Objetivo 1. Comprender las causas profundas y los obstáculos y facilitadores.

Las causas, obstáculos y aspectos facilitadores tienen que ver con tres aspectos centrales para el estudio: i) la igualdad de género y ii) la inclusión y iii) la violencia de género y violencia sexual en el ejercicio de SDR.

La evaluación de IGI y Protección VBG-VSBG identificará las barreras y oportunidades en el acceso a servicios de calidad, en las relaciones de complementariedad, y en torno a la toma de decisiones sobre SDR de las adolescentes y las mujeres jóvenes considerando el marco universal de los derechos y enfocados desde la metodología despatriarcalizadora (memoria, tiempo, espacio cuerpo y movimiento). Este análisis de barreras y oportunidades se hará según las siguientes cinco dimensiones que están alineadas con la estrategia de género diseñada para el proyecto REACH:

- a. Comprender las normas sociales que imponen barreras y brindan oportunidades en SDRS incluyendo protección frente a VBG/VSBG y EIS a las AMJ, explorando sus necesidades, las vivencias, conocimientos y los factores de vulnerabilidad, con énfasis en los grupos más vulnerables debido a la diversidad de género, orientación sexual, discapacidad, origen étnico y otros identificados.
- b. Identificar y comprender las ideas, prácticas y actitudes de adolescentes y adultos hombres, incluyendo padres, parejas, líderes comunitarios, maestros, personal de salud y tomadores de decisiones, construidas y validadas por el sistema patriarcal, machista, sexista y discriminatorio ejercidas contra AJM que limitan su valor social, su autonomía y la toma de decisiones en SDRS. Asimismo, identificar las oportunidades y buenas prácticas de estos individuos, grupos y organizaciones que puedan contribuir a la disminución de las desigualdades de género y al cambio de las masculinidades por modelos sanos e inclusivos que a su vez les beneficien en su SDRS.
- c. Recopilar información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas (normas sociales) tanto obstaculizadoras como facilitadoras de los prestadores de servicios (tomadores de decisión y autoridades municipales) y funcionarios de primera línea (SSR, PfV y educación EIS) en relación al ejercicio de SDRS, incluyendo la VSBG, la ILE y MUTF de las AMJ y teniendo en cuenta los factores de vulnerabilidad de los grupos excluidos de AMJ.
- d. Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas (normas sociales) de las madres, padres, cuidadores las parejas de AMJ, líderes y lideresas comunitarias, líderes y lideresas de organizaciones sociales y redes multisectoriales, así como de las y los pares de las AMJ para comprender como desde el espacio privado (familiar), y desde el espacio público (comunitario) pueden fortalecer un entorno facilitador de SDRS en el cual AMJ accedan a servicios de SSR, que reconozca factores protectores y buenas prácticas contra la normalización de la desigualdad de género, de relaciones violentas, de la aceptación del abuso sexual y estigma a AMJ que ejercen sus derechos sexuales y reproductivos, logrando así actuar y movilizarse en coordinación con los servicios a nivel local.
- e. Identificar a nivel local y nacional las barreras institucionales y las prácticas favorables en la promoción y respuesta coordinada y multisectorial de SDRS de las AMJ incluyendo la violencia sexual y por motivos de género en el marco de sus derechos sexuales y reproductivos.

Objetivo 2: Recomendaciones específicas sobre oportunidades de IGI y PfV para el proyecto REACH.

Las recomendaciones permitirán validar, ajustar y complementar la programación y la implementación del proyecto. La evaluación de la IGI y PfV frente a la VBG-VSBG investigará las oportunidades que favorecerán a la implementación del proyecto tomando en cuenta un enfoque despatriarcalizador: movimiento, espacio (territorio), memoria. tiempo y cuerpo.

Objetivo 3: Identificar y analizar las amenazas o riesgos para el proyecto y proponer medidas de mitigación.

Tomar en cuenta potenciales obstáculos a la participación de las diversas AJM, incluidas las que viven con múltiples formas de marginación; la influencia y desafíos de la acción de los movimientos conservadores y anti-SDRS; la negación e ineffectividad del derecho a la denuncia por VSBG debido a la normalización de ésta.

5. Marco metodológico

El estudio es de tipo cualitativo, explicativo, causal, que describe las características de las categorías del estudio, identifica las causas de los fenómenos estudiados y utiliza técnicas de grupos focales y entrevistas en profundidad para la recolección de información. En este capítulo toma en cuenta la descripción de las técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de información, así como el procedimiento que se siguió, sus fases, criterios de calidad aplicados, las categorías de análisis que se utilizaron, el procesamiento de la información y espacios colectivos de revisión. También se aborda las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta, indicando principios y estándares (consentimiento informado, confidencialidad, seguridad, etc.).

5.1. Enfoque y metodología

Por el carácter cualitativo del estudio, se aplicó el método de análisis interpretativo¹. Esto facilitó la interpretación de la información en base a los enfoques transformador de género, interseccionalidad y de derechos. Este método permitió identificar y comprender los factores y aspectos personales, familiares, comunitarios, articulados a los ámbitos sociales, culturales, políticos, económicos que facilitan u obstaculizan los cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas de cada uno de los sujetos y su entorno.

Para el análisis documental se utilizó la metodología de triangulación, que facilita corroborar y validar los hallazgos del análisis documental por variable, viendo similitudes, convergencias, divergencias de diversas fuentes. Por otro lado, se tomó en cuenta técnicas participativas para la recolección de datos: entrevistas en profundidad, grupos focales e historias de vida.

Los grupos focales se realizaron por separado con mujeres y hombres. Esto se aplicó tanto con adolescentes y jóvenes, como con los grupos de adultos y adultas (madres, padres, docentes, autoridades, etc.), con la finalidad de promover mayor confianza entre participantes al abordar los temas y recoger las perspectivas diferenciadas de diversos grupos étnicos.

Las entrevistas en profundidad, fueron realizadas a mujeres y hombres que se identificaron como actoras/es claves para el tema de la investigación en los territorios, ocupando cargos estratégicos, o bien, con una representación relevante en su área: autoridades, dirigentes/es, prestadoras/es de servicios de salud, educación y protección. Para asegurar que las personas elegidas reúnan las condiciones señaladas, fueron identificadas en coordinación con Plan Internacional y CIES.

La clasificación que se utilizó para identificar zonas de residencia es la siguiente: i) cabeceras de municipio que son capitales de municipio y tienen características rurales; ii) comunidades rurales; y iii) solo el Distrito Municipal 6 de Santa Cruz se consideró como urbana.

¹ Un análisis interpretativo es un enfoque cualitativo que busca comprender los significados profundos detrás de los discursos, comportamientos o experiencias de las personas, considerando siempre el contexto sociocultural en el que ocurren. A diferencia de un análisis meramente descriptivo, este tipo de análisis no se limita a lo que se dice explícitamente, sino que indaga en lo implícito: creencias, emociones, tensiones y relaciones de poder que influyen en lo expresado. El análisis interpretativo parte de la premisa de que los datos están cargados de sentido y que el rol de quien investiga es comprender e interpretar estos significados de manera reflexiva y situada, reconociendo cómo su propia perspectiva influye en la interpretación.

5.2. Muestra

La muestra de estudio, de acuerdo a la recomendación de Plan International, fue intencional o muestra por criterios. Los criterios que se utilizaron para la muestra se detallan en la Tabla 1. que se presenta a continuación:

Tabla 1. Criterios para selección de la muestra establecidos en los TDR

1. Diversidad de género y edad	Adolescentes y jóvenes mujeres (AMJ) de 12 a 14, 15 a 18 y 19 a 28 años. Adolescentes y jóvenes hombres (AMh) de 12 a 14, 15 a 18 y 19 a 28 años. Madres, padres, líderes y lideresas de la comunidad.
2. Diversidad social y cultural	Participantes de diferentes grupos étnicos. Personas con diversidad de género y sexual. Personas con discapacidades u otras poblaciones de alta vulnerabilidad presente en las comunidades
3. Contexto educativo e institucional	Maestros/as y personal de salud. Funcionarias/os de primera línea y tomadoras/es de decisiones de los sistemas de protección, salud y educación. Miembros de organizaciones sociales y redes multisectoriales.
4. Contexto familiar y comunitario	Madres, padres y cuidadores de AMJ. Líderes y lideresas comunitarias. Parejas de las AMJ.
5. Ubicación geográfica	Participantes de diferentes territorios de intervención del proyecto REACH, incluyendo áreas rurales, periurbanas y urbanas.

Fuente: Plan International Inc. Términos de Referencia para la Consultoría

Con el uso de las diferentes técnicas y aplicando los criterios mencionados, el estudio llegó a un total de 568 personas, de las cuales 327 son mujeres y 240 son hombres y 1 persona que se autoidentificó como intersexual. En el levantamiento de información participaron 138 adolescentes y jóvenes mujeres, 94 adolescentes y jóvenes hombres, 108 adultos/as entre madres, padres, maestros/as y líderes/as, 33 adultos/as entre autoridades, prestadoras/es de servicios y representantes de organizaciones sociales (19 mujeres y 14 hombres). En los talleres de introducción y de presentación de resultados se llegó a un total de 185 personas. En los Gráficos 1 y 2 se presenta la desagregación de las personas que han participado en las actividades de recolección de información.

Gráfico 1. Distribución de participantes por departamento

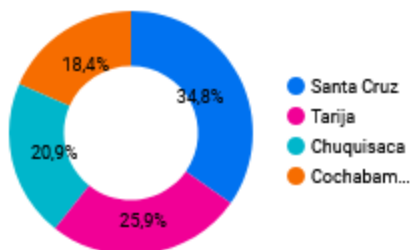
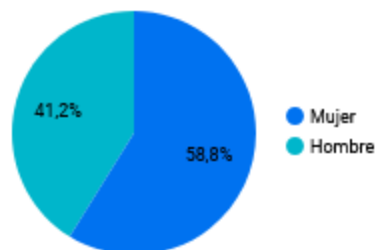


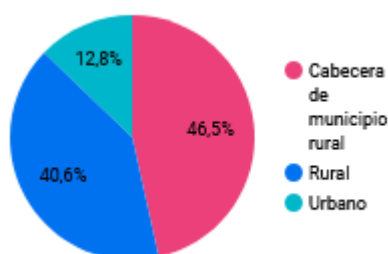
Gráfico 2. Distribución de participantes por sexo



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

Gráfico 3. Distribución de participantes

por lugar de residencia



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

5.3. Población del estudio

El detalle de participantes y sus características se encuentra en los registros de grupos focales y entrevistas que se recogieron en el trabajo de campo y fueron reportados en el Informe de Trabajo de Campo.

- Departamento de Cochabamba

El estudio en el departamento de Cochabamba fue realizado en el municipio de Aiquile que se caracteriza por contar con población mestiza y quechua. La recolección de información se llevó a cabo en la cabecera del municipio rural de Aiquile y en comunidades rurales de Chaquimayu, Quiroga y Aiquile. En el proceso de levantamiento de información, se logró el involucramiento en los grupos focales y entrevistas, de un total de 69 personas. De estos, 30 son hombres y 39 mujeres, 38 provienen de territorios rurales y 31 de cabeceras de municipio rural y entre ellos, 20 son adolescentes mujeres (10 de 12 a 14 años, 5 de 15 a 18 años y 5 de 19 a 28 años) y 23 son adolescentes hombres (10 de 12 a 14 años, 5 de 15 a 18 años y 8 de 19 a 28 años).

- Departamento de Chuquisaca

El estudio se realizó en los Municipios de Villa Serrano y Tomina. En el Municipio de Villa Serrano, la población se desprende de la cultura quechua y el idioma predominante es el castellano. La recolección de información se llevó a cabo en la cabecera de municipio de Villa Serrano y comunidades rurales de Nuevo Mundo y Pampas del Tigre. En el municipio de Tomina, la población mayormente se define como perteneciente a la cultura quechua como lengua materna, seguido por el castellano. El estudio se desarrolló en la cabecera del municipio rural de Tomina y las comunidades rurales de Rodeo y Corso. En este contexto, 79 personas participaron del estudio IGI, entre las que 46 son mujeres y 33 hombres. De estos, son 13 mujeres y 4 hombres de 12 a 14 años; 6 mujeres y 4 hombres de 15 a 18; y 9 mujeres y 6 hombres de 19 a 28.

- Departamento de Santa Cruz

El estudio se desarrolló en los municipios de El Torno y Porongo y en el Distrito Municipal 6 del Municipio de Santa Cruz de la Sierra. En el Municipio de El Torno participaron personas de la zona urbana y de comunidades que quedan a corta distancia de la misma: Jorochito, Limoncito, Barrio Nuevo y Santa Rita. Para tener la perspectiva de realidades diferentes, se trabajó con participantes de comunidades más alejadas como Fortaleza y La Angostura. En el Municipio de Porongo se utilizaron criterios similares para el levantamiento de información. La mayor parte de participantes fueron de la zona urbana y comunidades aledañas: Pozo Colorado, Puerto Ichilo, Tres Cruces y Km. 14, pero también se tomó en cuenta a Terebinto como una comunidad con realidad más alejada y entorno más rural. El caso del Distrito Municipal 6, que está en la ciudad

de Santa Cruz. Los barrios en los que se trabajó fueron: Santa Lucía, San Cayetano, Los Cusis, Dorado Norte y El Retoño. En este contexto, 130 personas participaron del estudio en el Departamento de Santa Cruz, 81 mujeres y 49 hombres. De estos, son 17 mujeres y 6 hombres de 12 a 14 años; 18 mujeres y 12 hombres de 15 a 18; y 22 mujeres y 15 hombres de 19 a 28.

- **Departamento de Tarija**

En el Departamento de Tarija, el estudio se desarrolló en los municipios de Padcaya y El Puente. En el Municipio de Padcaya, participaron personas de cabecera de municipio rural de Padcaya, así también, de las comunidades rurales de Cañas, Camacho, Abra de San Miguel, Cabildo, Huaqanqui y Barrio El Puente. En el municipio El Puente, participaron personas de la cabecera del municipio rural de El Puente, así como de las comunidades rurales de Iscayachi, Altagracia, Candelaria, Septapas y Charcoya Méndez. Participaron de las actividades de recolección de información del estudio IGI, 128 personas (76 mujeres y 52 hombres) de las cuales 53 tienen residencia rural y 75 tienen residencia en Cabecera de municipio rural. De estos, 17 son mujeres y 8 hombres de 12 a 14 años; 10 mujeres y 4 hombres de 15 a 18 años; y 11 mujeres y 12 hombres de 19 a 28 años.

5.4. Procedimiento metodológico

El trabajo se desarrolló según lo programado y presentado en el plan de trabajo de campo, siguiendo cinco fases: 1) organización y planificación, 2) revisión y análisis de documentación necesaria, 3) desarrollo, construcción y validación de los instrumentos y metodologías y 4) recolección de la información y 5) elaboración de informe final

- Organización y planificación: El equipo consultor sostuvo varias reuniones de coordinación técnico-metodológica con personal de la oficina nacional y TOPs de los departamentos de Plan Internacional y las educadoras y educador de CIES también de los departamentos de intervención para concertar los acuerdos específicos del desarrollo del estudio, el trabajo de campo y los productos entregables.
- Revisión y análisis de documentación necesaria: Se realizó la revisión de documentación y literatura existentes como referencias para el análisis y orientar la elaboración de los instrumentos (Ver Anexo 1). Además, se realizó el mapeo de las organizaciones e instituciones que ofrecen servicios en SSR, género u otras vinculadas y relevantes para el proyecto REACH en los territorios de intervención (ver Anexo 2).
- Desarrollo, construcción y validación de los instrumentos y metodologías: Se elaboraron los instrumentos de recolección de datos y guías de recojo de información, por tipo de técnica cualitativa y según grupo poblacional. Los instrumentos del trabajo de campo se presentaron en el plan de trabajo en fecha 18 de octubre junto a otros entregables del Producto 1 comprometidos en el contrato.

La validación se realizó con población fuera de los municipios de intervención y consistió en aplicar cada uno de los nueve instrumentos con los grupos correspondientes. Los resultados y sugerencias a los instrumentos se presentaron en un informe enviado a Plan Internacional en fecha 5 de diciembre de 2025.

- Recolección de la información: Esta fase se retomó en el mes de enero a solicitud de Plan Internacional, lo que planteó varios desafíos al equipo de investigación. En primer lugar, el cronograma del estudio coincidió con la semana de inscripciones para el año escolar 2025, por lo tanto, las y los estudiantes, maestras y maestros todavía no asistían a clases y no podían ser ubicados para convocarlos. En segundo lugar, en algunos municipios las familias estaban en periodos de migración o trabajo agrícola y no se lograba ubicar integrantes para los grupos focales. En tercer lugar, en el mes de enero se intensificaron

las lluvias, lo que limitó la llegada de participantes a los grupos focales. Por último, en algunos municipios coincidieron fiestas patronales influyendo negativamente en la participación para la realización de grupos focales.

Como preparación para el inicio del trabajo de campo, se realizó una capacitación virtual a las consultoras de campo responsables del levantamiento de información de los 4 departamentos en el manejo de los instrumentos de levantamiento de información. Posteriormente, se realizaron talleres de introducción en los municipios para compartir la propuesta del estudio, su relevancia y al mismo tiempo, generar los acuerdos críticos para el levantamiento de información. En los talleres participaron autoridades y personal técnico de los gobiernos municipales vinculado a las áreas de salud, educación y protección. También participaron representantes de organizaciones sociales, juveniles, de mujeres, líderes/as comunitario/as, maestras/os, llegando a un total de 73 participantes en los Departamentos de Cochabamba, Chuquisaca y Tarija (ver Anexo 3).

- Elaboración de informe final: Como inicio de la fase final, se realizaron los talleres de presentación de resultados en los departamentos de Cochabamba y Chuquisaca y dos talleres en Santa Cruz y Tarija donde se presentaron los hallazgos más importantes del estudio. En los talleres participaron autoridades, personal técnico de los gobiernos autónomos municipales vinculados a las áreas de salud, educación y protección; así como representantes de organizaciones sociales de mujeres y hombres, organizaciones juveniles, líderes/as comunitarios/as y maestras/os llegando a un total de 112 participantes (ver Anexo 3):

El resultado de estos talleres fue visibilizar la problemática y los aspectos más preocupantes para los municipios, ha cuestionado y motivado para tomar en cuenta las recomendaciones. Asimismo, se destacó la metodología del diálogo comunitario para la reflexión de estos temas, cumplir el cronograma, abrir espacios para compartir opiniones, y contar con la devolución de los principales resultados del estudio por escrito. En el Municipio de Porongo, la baja participación fue principalmente de autoridades, pero las/os dirigentes se comprometieron a compartir la información en las instancias de coordinación donde participan.

Con base en la información recolectada, sistematizada y analizada, se elaboró el informe final para presentar como Producto 3, donde además se incluye la infografía (ver Anexo 4), dos videos (ver Anexo 5) y la presentación PowerPoint (ver Anexo 6).

5.5. Categorías de análisis

Para el análisis de la información se trabajó con los siguientes ejes de análisis: i) igualdad de género, ii) inclusión y iii) protección de VBG y VSBG. Se tomaron en cuenta las 5 dimensiones del Global Hub planteadas por Plan International: i) roles y responsabilidades; ii) acceso y control de recursos; iii) participación y toma de decisiones; iv) normas sociales y v) garantes de derechos. Adicionalmente, se tomaron en cuenta las cinco dimensiones que están alineadas con la estrategia de género diseñada para el proyecto REACH que se describen a continuación:

Tabla 4: Temas según subcategorías de análisis

SUBCATEGORÍAS	TEMAS QUE SE ABORDAN		
	Causas	Barreras	Oportunidades
Normas sociales que se aplican con AJM	○ Protección frente a VBG/VSBG ○ Educación integral en sexualidad (EIS) a las AMJ,		

	○ Necesidades, vivencias y conocimientos sobre SDSR ○ Factores de vulnerabilidad
Ideas, prácticas y actitudes de adolescentes y adultos hombres,	○ Tradiciones y creencias religiosas ○ Roles de hombres y mujeres ○ Relaciones de pareja/noviazgo ○ Modelo de masculinidad vigente
Conocimientos, actitudes y prácticas de prestadores de servicios y funcionarios de primera línea	○ Ejercicio de SDSR ○ VBG y VSBG ○ Interrupción legal del embarazo ○ Matrimonio y unión temprana forzada ○ Vulnerabilidad
Conocimientos, actitudes y prácticas del entorno familiar y comunitario.	○ Naturalización de la desigualdad de género, violencia y abuso sexual ○ Ejercicio de SDSR ○ Redes de apoyo
Barreras y prácticas favorables a nivel local y nacional	○ Respuesta a necesidades y demanda ○ Coordinación multisectorial ○ Abordaje de VSBG desde los derechos

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

Sobre esta base se construyó un plan de análisis que sirvió de referencia para el procesamiento y análisis de la información posteriores. Este producto fue presentado en el Informe de Trabajo de Campo.

5.6. Guías e instrumentos

A partir de las categorías de análisis consideradas en el estudio se construyeron nueve instrumentos para el levantamiento de la información según el siguiente detalle:

1. Guía e instrumento para grupo focal para adolescentes y jóvenes mujeres
2. Guía e instrumento para grupo focal para adolescentes y jóvenes hombres
3. Guía e instrumento para grupo focal para familia y comunidad mujeres
4. Guía e instrumento para grupo focal para familia y comunidad hombres
5. Guía e instrumento de entrevista en profundidad para proveedores de servicios
6. Guía e instrumento de entrevista en profundidad para representantes de la comunidad (líderes, organizaciones sociales, sociedad civil, etc)
7. Guía e instrumento de entrevista para historias de vida.
8. Registro de grupos focales
9. Lista de chequeo para grupos focales

Estas guías e instrumentos se presentaron como parte del Producto 1 (ver Anexo 7), junto con los formularios de consentimiento y las matrices de riesgo para el estudio. Luego de recibir la aprobación del Comité de Ética de Plan International, se procedió a la validación en campo y al finalizar esta etapa se contó con la aprobación final de instrumentos que fueron utilizados en el trabajo de campo.

5.7. Procesamiento y análisis de la información

El procesamiento de la información inició con la transcripción de los audios de manera paralela al desarrollo de los grupos focales y entrevistas. Luego, las transcripciones se pasaron a la plataforma Dedoose que organizó la información cualitativa y se utilizó para realizar la codificación de cada una de las unidades de análisis (entrevistas y grupos focales). Una vez codificada toda la información, ésta se subió a una base de datos (ver Anexo 8) de donde se hicieron los cruces de variables y se emitieron los reportes correspondientes. A partir de los reportes, se procedió al análisis de la información y elaboración del informe.

6. Consideraciones éticas

Durante la ejecución del estudio se tomaron en cuenta los lineamientos de ética y protección que maneja Plan International, asegurando que se respeten y protejan los derechos de las y los participantes en la recolección o el análisis de la información, de conformidad con el Marco para un MERL ético y de la Política Global para la salvaguardia de niñez y personas jóvenes.

En concordancia con los estándares mencionados, el equipo de investigación aplicó los siguientes criterios: i) para cada actividad de levantamiento de información propuesta se definió su finalidad y se aseguró la evaluación de riesgos para las personas participantes utilizando las matrices de Plan Internacional; ii) se recabó el consentimiento informado firmado por madres, padres o tutores de adolescentes menores de 18 años, así como el consentimiento de participación de todas y todos los participantes (el informe detallado se presentó en el Informe de Trabajo de Campo); y iii) en el procesamiento de la información se aseguró la confidencialidad y el anonimato de las respuestas asignando códigos a cada unidad de información.

- [Informe de permisos firmados por madres/padres/tutoras/es de adolescentes menores de 18 años](#)

Como se mencionó previamente, para cada actividad realizada en el trabajo de campo, se recabaron los consentimientos informados de personas adultas/os, jóvenes y adolescentes. Para el caso de adolescentes mujeres y hombres menores de 18 años, se recabaron consentimientos informados, firmados por madres/padres o tutoras/es, según el siguiente detalle:

- En el estudio participaron 90 adolescentes mujeres en grupos focales y 2 en historias de vida, de las cuales, se cuenta con 92 consentimientos firmados por sus madres/padres/tutoras/es, autorizando las entrevistas a las adolescentes.
- Así también, participaron 53 adolescentes hombres en grupos focales. De los cuales se cuenta con 53 consentimientos firmados por sus madres/padres/tutoras/es, autorizando las entrevistas a los adolescentes.

7. Resultados, análisis y recomendaciones

En este capítulo se presentan los resultados en función al objetivo específico 1 del estudio que se refiere a: 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. El contenido en detalle de este capítulo se encuentra en el Anexo 9.

7.1. Roles y responsabilidades

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 de los grupos focales con AJM y AJH evidencian una persistente asignación tradicional de roles. El 66,5% de las AJM identifican las tareas del hogar (limpiar, lavar, cocinar) y de cuidado (principalmente de hermanos menores) como su responsabilidad principal. Esto las confina predominantemente al ámbito doméstico y de cuidado no remunerado. En contraste, solo un 6,8% percibe una distribución equitativa. El 2,3% indica que los AJH "no hacen nada", normalizando liberarles de responsabilidades domésticas. Cuando los AJH participan, a menudo es concebido como "apoyo" y no como una responsabilidad, reforzando la concepción patriarcal.

Se observa una incorporación temprana y como apoyo de las AJM a las actividades de generación de ingresos, incorporándose hacia trabajos como costura, tejido, venta de artesanías o alimentos, que son precarizados y asociados a lo femenino. Los AJH inician ayudando a sus padres (agricultura principalmente) como un aprendizaje hacia su rol de proveedor y con el tiempo, se consolidan en la agricultura a mayor escala, albañilería o empleo formal.

Esta asignación tradicional de roles limita directamente el ejercicio de los DSR de las AJM al restringir su tiempo, autonomía y oportunidades (educación, participación). La sobrecarga de responsabilidades no remuneradas sienta las bases para la desigualdad en la toma de decisiones, especialmente sobre su cuerpo y sexualidad. Se observa que, si una mujer ejerce su autonomía reproductiva, puede enfrentar enojo o abandono por parte de su pareja, siendo vista como un "objeto sexual". En casos de embarazo adolescente, muchos hombres eluden su responsabilidad y culpabilizan a la mujer como un mecanismo de control patriarcal.

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

La valoración de las tareas realizadas por AJM y AJH refleja una internalización de las desigualdades de género. De manera general, las AJM otorgan más valor a las tareas realizadas por hombres (52% en promedio), especialmente las más jóvenes (12-14 años). A medida que avanzan en edad, esta valoración disminuye, pero es notable que ninguna AJM valora más su propio trabajo. Esto evidencia una falta de reconocimiento de sus propias capacidades y contribuciones, impactando su autonomía y empoderamiento. Por otro lado, el 54,6% de los AJH considera que las actividades de ambos sexos tienen igual valor, aunque esta percepción varía por edad; sin embargo, un 22,7% valora más el trabajo del hombre, porcentaje que es mayor entre los 15 y 18 años. Destaca positivamente que un 11% de AJH (15-28 años) valora más el trabajo de la mujer, señalando una posible apertura.

Las AJM critican la subvaloración del trabajo del hogar no remunerado, reconocen que es un aporte a la casa y la comunidad, reivindicando su valor. La desvalorización del trabajo femenino, especialmente el doméstico y de cuidado, no es solo simbólica, sino que tiene consecuencias directas en la autonomía de las AJM y en el reconocimiento de sus DSR, al limitar su capacidad de tomar decisiones libres e informadas.

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

La asignación tradicional de roles y responsabilidades afecta de diferente manera y en múltiples aspectos a AJM y AJH, con consecuencias directas sobre su bienestar y el ejercicio de sus DSR. Los impactos en las AJM se observan en: a) la salud mental y autoestima, por ejemplo, en las

más jóvenes (12-14 años) que expresan sentirse "un poco menos" debido a la carga y desvalorización de las tareas domésticas, a pesar de reconocer tener "las mismas capacidades, la inteligencia"; b) doble carga de trabajo, especialmente en zonas rurales, donde las mujeres enfrentan una doble jornada (trabajo del hogar y agrícola), resultando en sobrecarga física y emocional; c) restricción de oportunidades, dado que la sobrecarga resta tiempo para estudiar, para disfrutar de tiempo libre, participar en espacios públicos, generar ingresos o aprovechar oportunidades de desarrollo personal; y d) limitación para el ejercicio de sus DSR: tiempo para el autocuidado, el acceso a información y servicios de SSR, y la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre sus cuerpos y vidas.

Contrariamente a las AJM, en los AJH, se observa que ellos disponen de más tiempo libre, mayores oportunidades fuera del hogar y menor presión por responsabilidades domésticas. Sin embargo, los roles tradicionales también pueden limitar su desarrollo emocional y su participación equitativa en la vida familiar. Según edad y departamento, los AJH (15 a 18 años) reportan más que los roles tradicionales les afectan diferenciadamente, sugiriendo una mayor conciencia crítica. La sobrecarga de trabajo es reconocida por ambos sexos, aunque recae desproporcionadamente en las mujeres; mientras que la afectación en ingresos económicos es señalada significativamente por AJM de 12-14 años, indicando una temprana preocupación. La percepción de afectación diferenciada es más marcada en Chuquisaca (66,7%) y Santa Cruz (57,1%) y la sobrecarga de trabajo es más acentuada en Santa Cruz (17,5%).

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.

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

En la información recolectada de AJM y sus pares hombres (en todos los grupos de edad, Gráfico 12 del Anexo 9), se puede observar que hay demandas específicas por sexo y por edad. 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 MAC. 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%). También se mencionan temas que responden a características particulares según la edad, como es el caso de la menstruación relacionada con adolescentes de 12 a 14 años, y prevención del cáncer mencionado por las jóvenes de 19 a 28.

AJM y AJH plantearon 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. 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.

El análisis por departamentos de las necesidades de AJM y AJH según los territorios, muestra algunas diferencias. 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.

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

El 27% de las AJM 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 (ver Gráfico 13, Anexo 9). En la exploración sobre la falta de respuesta de los servicios de SSR a las necesidades de adolescentes o jóvenes, se ubica en primer lugar, causas estructurales del sistema de salud expresadas en la falta de personal, falta de provisión de insumos o tiempos de espera largos. 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. Por último, resaltan que el personal de salud explica poco o hay falta de confidencialidad. 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.

Se rescata la necesidad de que el personal de los servicios de SSR responda con habilidades que permitan el acercamiento a adolescentes: la confidencialidad como pilar fundamental para generar confianza y empatía.

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

La información recabada con AJM sobre el acceso y control de recursos para información y servicios de SSR y PfV, evidencia que el acceso a información se realiza, en primer lugar, a través de internet y redes sociales (30%); luego, con menos frecuencia, acceden a través de espacios en la escuela (20%), los centros de salud y la familia (14% cada uno). Esta información se puede ver en el Gráfico 15 del Anexo 9. 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; por otro lado, hay un 33% de AJM que con mayor frecuencia preguntan a las madres sobre temas de SSR.

En el grupo de madres han indicado que se les delega a ellas esa responsabilidad, lo que manifiesta una extensión del rol reproductivo hacia la responsabilidad de hablar con las hijas sobre estos temas y el impacto negativo de reclamo que recae sobre las madres cuando se presenta un embarazo adolescente.

En AJM y AJH 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 les juzgan, infantilizan o estigmatizan cuando buscan información o servicios.

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

Sobre la relación de las AJM con los servicios de salud y protección, la mayoría indica algunas falencias en el trato del personal. Según rangos de edad (Gráfico 19 del Anexo 9), las jóvenes de 15 a 18 años comparativamente son las que reportan más aspectos vinculados a trato deficiente sumando un 46% (20% afirma que no hay confidencialidad, 13% no hay buen trato y 13% no hay material informativo), mientras que las de 19 a 28 años reportan más aspectos de buen trato (27%) y las de 12 a 14 años las que más respuestas dieron que no saben o no acuden a los servicios (21%).

En el análisis por departamentos, las AJM dieron respuestas positivas sobre el trato principalmente en Tarija y Santa Cruz (27% y 26% respectivamente). 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.

En contraste con estos testimonios sobre los servicios de SSR, la mayoría de las AJM indicaron que el trato en las unidades educativas es bueno y que hay mayor nivel de confianza tanto con profesoras y profesores; mientras que, sobre los servicios de protección, no brindan información suficiente ya que muchas no han acudido y no tienen la experiencia sobre el trato.

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

Ha sido relevante identificar oportunidades en espacios de la comunidad, la familia y los servicios que el proyecto pueda aprovechar para promover sensibilización y transformación en actitudes y comportamientos para la prevención de la VBG y la promoción de comportamientos saludables sobre la SSR.

Los AJH identifican las ferias 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 (Gráfico 20 del Anexo XX). 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 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.

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 habilidades para hacerlo. Ahí la necesidad de recibir capacitación, charlas, talleres donde puedan contar con información clara, desarrollar habilidades de comunicación para transmitir y ayudar a resolver las dudas de sus hijos e hijas. Madres, padres, maestras/os y líderes de la comunidad, manifiestan su apoyo a que AJM reciban información sobre temas de SSR, mencionando que es necesario en un 48% y que son temas que se deben hablar en un 23%.

Desde la perspectiva de representantes de organizaciones sociales, se resalta la predisposición de dirigentes/es para apoyar la participación de adolescentes y jóvenes en las organizaciones, la 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.

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

Las/os prestadoras/es de servicios identifican barreras relacionadas frecuentemente con temas socio-culturales, económicos y de infraestructura (Gráfico 23 del Anexo 9). En el primer caso, se menciona la vergüenza o temor de AJM para ir a los servicios de SSR o PfVBG (23%). Este aspecto coincide con lo expresado por las mismas AJM y AJH, quienes manifiestan efectivamente vergüenza o miedo a ser señaladas, juzgadas o rechazadas cuando acuden a los servicios. Las/os prestadoras/es también exponen que, por parte de madres y padres de familia, otra barrera es el machismo o no aceptan que se brinde información o servicios a adolescentes (22% sumando ambos aspectos). En el caso de las AJM, ellas manifiestan falta de información 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%). Con madres, padres y maestras/os adicionalmente se identifica oposición a que se promueva el acceso de AJM a recursos para uso de MAC (31%); y se recuperan ideas y creencias profundamente arraigadas sobre la sexualidad de adolescentes y jóvenes que requieren ser revisadas, por ejemplo, que dar información promueve la actividad sexual o la desinformación sobre MAC.

Por otro lado, las barreras económicas (4,6%) se relacionan con la falta de recursos para cubrir algunos costos, principalmente de transporte, ya sea para acudir a servicios de salud o para comprar sus insumos en farmacias cuando los centros de salud están desabastecidos.

Finalmente, se han identificado limitaciones que tienen los servicios de salud y protección para la atención de estas personas, por la falta de conocimiento para abordar el ejercicio de la sexualidad y DSR según el tipo de discapacidad; además de prejuicios por parte del personal hacia esta población, así como hacia personas de diversidades sexuales y de género.

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

Los resultados muestran que en las AJM hay más conocimiento de las DNA en comparación con los SLIMs. Las adolescentes de 12 a 14 años son las que menos saben o conocen sobre la ubicación o apoyo que brindan los SLIM, 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 y, de esa manera, su capacidad de agencia para resolver este tipo de problemas se ve limitada.

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 de mujeres, en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, se relaciona con su empoderamiento y autonomía, que les permite ejercer sus derechos y desarrollar habilidades para tomar decisiones. Su participación en espacios institucionales incide en la mejora, el acceso y calidad de los servicios de salud y educación.

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

La información es recogida de AJM, representantes de OS y prestadoras/es de servicios por su rol en la reproducción de las relaciones de género. Gráfico 28 en anexo.

Las AJM, identifican entre las principales barreras para tomar decisiones sobre su sexualidad, el rechazo de estos temas (23,9%), que limita los espacios de las AJM para acceder a información sobre SDR, no se sienten con derechos, no reclaman (16.4%), creen que no pueden tomar decisiones, son efectos de la falta de oportunidades que restringen el movimiento de las AJM, y afectan el espacio para la expresión de sus necesidades y la toma de decisiones sobre su sexualidad. El silencio de las AJM, quedarse calladas, trata de evitar el juicio de un entorno machista, y la amenaza de violencia como castigo ante la desobediencia o transgresión de normas tradicionales, expresan una autoestima afectada por

los mensajes de desvaloración, que se agravan al tratarse de una mujer rural. Estas barreras dan lugar a la exclusión y la carencia de habilidades psicosociales para su desempeño en el espacio público, tienen como sustento la asignación de roles tradicionales que destinan a las AJM al espacio doméstico desvalorado, mientras que asignan a los hombres el espacio público, con prestigio y poder. (Resultados 7.1.1).

La información es recogida de AJH. En el Gráfico 29 en anexo, 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, el 18% afirma que se les convoca eventualmente y el 16% perciben que no hay lugares para expresar sus opiniones y algunos reconocen el colegio, el hogar, entre los lugares de expresión de sus necesidades. Afirman que la confianza es necesaria para que expresen sus opiniones, sentimientos y necesidades y puedan construir pensamiento colectivo, por eso prefieren espacios entre pares. Participantes del área rural, afirman que, en la comunidad, la participación de jóvenes menores de 18 años no está considerada formalmente y líderes y lideresas reconocen la necesidad de su incorporación y valoran la posibilidad de que los jóvenes aprendan sobre la gestión comunitaria.

A pesar de que los AJH tienen a las redes como espacio de expresión y participación socialmente reconocido, es evidente 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 escuchadas/os y atendidos/as.

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.

Se recoge información de AJM, y de madres, maestras, líderes de la comunidad, así como de padres, maestros y líderes sociales.

Por la opinión de AJM (37,1%), 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. 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%. 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.

Ante la posibilidad de denuncia se pretende responsabilizar a la mujer agredida, de las posibles consecuencias en caso de sanción al agresor si se diera la denuncia, buscando el silencio de la víctima y la impunidad del violador.

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

Con información recogida de adolescentes y jóvenes hombres de 19 a 28, 15 a 18 y 12 a 14 años.

Los mayores de 18 años en un 70% afirman que reaccionan con el respeto ante el rechazo a la relación sexual. El 25%, reacciona con violencia que incluye golpes, insultos y hasta agresión sexual. (Gráfico 31). AJH de 15 a 18 años, responden que no es importante con el 40%, luego, que el hombre se siente mal, triste, (33,3%), que, la mujer puede denunciar acoso (13,3%) reacciones con violencia; golpes, insultos y agresión sexual (6,7%), y rompimiento de la relación (6,7%). (Gráfico 32). Las respuestas de adolescentes hombres de 12 a 14 años, Afirman en primer lugar (41.7%) que el rechazo no tiene importancia, el 41.7% afirman que el rechazo puede causar depresión y en tercer lugar el 17% con el rompimiento de la relación. (Gráfico 33).

Respetar la decisión de la mujer de rechazo a relaciones sexuales, como respuesta mayoritaria de AJH, podría considerarse una señal de toma de conciencia entre AJH, sin embargo, el riesgo de violencia psicológica con insultos, descalificación, estigmatización, así como el riesgo de violencia física, están vigentes y aparece en los resultados, en la medida del aumento de la edad de los adolescentes. 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 en el cuarto lugar con el 6,7% y en el grupo de 19 a 28 años, las reacciones con violencia ocupan el segundo lugar, con el 25% de respuestas. Estas evidencias muestran que la violencia es producto del aprendizaje de los mensajes y patrones de conducta patriarcal, relacionados al poder masculino, que niega el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y su sexualidad y restringe su autonomía.

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

La información fue recogida de mujeres y hombres adultos, sobre los conocimientos y habilidades necesarias para apoyar a sus hijas e hijos (Gráfico 34). Las respuestas de mamás y papás con mayores porcentajes (59,4% y 64%), plantean su necesidad de procesos de capacitación, así como para prestadores de servicios y de protección, sobre conocimientos y habilidades para transmitir y apoyar a sus hijas e hijos en sus necesidades sobre SDSR y sobre VSBG. Madres y padres manifiestan diferencias generacionales 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

El interés de madres y padres para capacitarse y contar con habilidades para transmitir y apoyar a sus hijas e hijos respondiendo a sus necesidades sobre SDSR y la VSBG, en un espacio de cambios culturales, significa una oportunidad que plantea desafíos al equipo técnico para la capacitación y desarrollo de habilidades en procesos de empatía social, comunicación respetuosa con las diversidades, de análisis crítico, visión intercultural, trabajo colectivo, tomando en cuenta el rol pedagógico de madres y padres en la reproducción y vigilancia de los de los patrones del sistema de género tradicional.

7.4. Normas sociales

Este apartado sintetiza los hallazgos de las normas sociales que moldean las percepciones, actitudes y prácticas de AJM, AJH y adultas/os de la comunidad. Se analiza cómo estas normas influyen en la EIS, los DSR, el riesgo y la culpabilización en casos de VSBG, la responsabilidad de hombres en su prevención, las reacciones ante el embarazo adolescente, las concepciones del ser adolescente, los prejuicios en servicios de salud, los MUTF y el acceso a la ILE.

7.4.1. Opiniones de AJM sobre EIS y SDSR.

Existe una actitud favorable de las AJM hacia la información y servicios de SSR, especialmente de las de 12 a 14 años (79,2%). Esto se centra en la prevención del embarazo adolescente y de los DSR. La implementación de la EIS en colegios es altamente valorada (20,6% en el grupo de 19-28 años), aunque se reporta que a menudo los colegios no ofrecen esta información. Las AJM expresan que la EIS es importante para también prevenir todo tipo de violencia y para saber cómo actuar. Existe conciencia de que la falta de EIS es una barrera para acceder a servicios de salud. Se pide que la EIS sea accesible, culturalmente apropiada, libre de tabúes y adaptada a sus necesidades reales. La falta de acceso a EIS se percibe como una forma de VBG, aumentando la vulnerabilidad a embarazos no deseados e ITS. La EIS es vista como una estrategia de transformación social y un derecho colectivo (Anexo 9)

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

Se percibe con frecuencia que las mujeres corren el mayor riesgo de violencia sexual (AJM 12-14 años: 81,3%; AJH 15-18 años: 68,8%). Esta vulnerabilidad se asocia a la "debilidad física", la apariencia y el miedo a denunciar. También se reconoce el riesgo para personas con discapacidad porque se considera que no pueden defenderse o porque no entienden lo que pasa y personas LGBTIQ+ con base en prejuicios o discriminación. (Anexo 9)

Los factores que contribuyen a la violencia sexual incluyen: a) estereotipos sobre debilidad femenina: "Las mujeres no responden, se quedan calladas con ese miedo" (P:88 - AJM); b) machismo y normalización de la violencia: "los hombres crecen con esa mentalidad de ser machistas..." (P:86 - AJM). Los AJH reproducen estas creencias ("Son un poco menos" P:36 - AJH), c) miedo, silencio y desconfianza hacia las instituciones: "La policía no lo toma en serio" (P:69 - AJM); d) vulnerabilidad que cruza diferentes características de exclusión: discapacidad, diversidad de género, sexual, origen rural; y e) socialización temprana en roles de superioridad masculina: "Ellas no saben pelear" (P:36 - AJH). Estos hallazgos subrayan la urgencia de intervenciones que promuevan la igualdad y cuestionen imaginarios patriarcales. (Anexo 9)

7.4.3. Culpabilización a AJM que sufren violencia sexual.

Según un alto porcentaje de AJM (90,3% de 19-28 años; 79,7% de 15-18; 66,7% de 12-14) y adultos (48,8%) las AJM que fueron violadas sexualmente son culpabilizadas en base a prejuicios sobre su vestimenta o comportamiento. Esta lógica reproduce la violencia simbólica, justifica la VSBG, encubre al agresor y desincentiva denuncias. Las AJM internalizan esta desigualdad ("Sí, porque nos hace sentir un poco menos..." P:63 - AJM 12-14 años), afectando su autoestima y el ejercicio de sus derechos.

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

Tanto hombres como mujeres indican que, ante la VBG la denuncia ante autoridades es la primera acción que toman (44% mujeres, 34,3% hombres). Sin embargo, un 14,3% de hombres y un 8% de mujeres responsabilizan a la adolescente agredida, e incluso un 2,8% de hombres mencionan la violencia física como corrección a este problema. Un 12% de mujeres indica no saber qué hacer. Persisten dificultades para denunciar debido a estigmas, dependencia económica y prácticas que protegen al agresor. Estas narrativas reflejan una cultura patriarcal que debe transformarse. (Anexo 9)

7.4.5. Responsabilidad de hombres para la prevención de VSBG.

Existe una alta valoración del sentido de responsabilidad general en AJH de 12-14 años (62,5%), que disminuye drásticamente entre los 15-18 años (21,1%) y se recupera parcialmente en los de 19-28 años (53,8%). Esta caída en la adolescencia media podría reflejar una reafirmación de la masculinidad hegemónica. Muchos adolescentes se sienten responsables solo en situaciones específicas, y un 21,1% del grupo de 15-18 años no reconoce responsabilidad alguna. Los porcentajes que vinculan explícitamente su responsabilidad con la VSBG son bajos. El miedo al juicio social también influye: "A veces uno no quiere meterse porque después lo tildan de que es maricón..." (P:174 - Adolescente 15-18). En el grupo de 15-18 años, se observan justificaciones como: "Mayormente algunos varones no son conscientes porque no se quieren hacer responsables de las consecuencias como el embarazo" (P:227) o la idea de que tener más vida sexual "es más hombre" (P:222). Esto evidencia la necesidad de fortalecer la EIS con enfoque de género. (Anexo 9)

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

El embarazo adolescente genera diversas reacciones que reflejan desigualdades de género y control patriarcal: a) evasión de responsabilidad masculina: Es la reacción más frecuente. AJH niegan la paternidad (31,3% de 12-14 años; 26,3% de 15-18). "El hombre huye de la mujer porque no quiere hacerse cargo y le deja así sola." (P:42 - Hombre 12-14); b) Aborto o intento de aborto: Es la segunda reacción más frecuente (AJM 12-14: 25,7%; AJM 15-18: 21,6%). "Las chicas se ponen mal, hasta llegan a matarse o abortan al bebé... no cuentan a nadie por el miedo a que le digan algo" (P:86 - Mujer 12-14). Esto visibiliza la falta de acceso a SSR seguros, c) Otras reacciones: Asumir responsabilidad y formar familia (a veces MUTF arreglados), huida del hogar, abandono escolar, denuncias (reportadas por 16% de AJH 19-28 años). Presiones sociales y familiares incluyen culpabilización y amenazas ("Y me dijo ella que quería tenerlo, pero que su mamá le amenazó... decidió abortar" P:256). La comunidad escolar y social también reproduce críticas y bullying ("Mayormente la que sale fregada es la mujer, la gente tiene boca por todos lados y la empieza a juzgar." P:84 - Mujer 12-14). (Anexo 9)

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

Un 25% de AJM considera la adolescencia como mala, desventajosa y de restricciones, implicando pérdida de libertad y control sobre el cuerpo y comportamiento. Se enfrentan a cambios físicos (menstruación) y mandatos socioculturales ("Es difícil porque te tienes que cuidar mucho más..." P:94; "Como tú eres mujer, tienes que aprender a cocinar." P:246). Hay presión para casarse y ser madres. Incluso cuando se ve como "bonita", está condicionada por la vigilancia social ("Si una mujer quiere tomar decisiones sobre su vida, muchas veces es criticada" P:190).

Un 40% de AJH considera la etapa como desventajosa debido a la presión de contribuir económicamente, madurar rápido y dificultad para expresar emociones ("...ahora como adolescentes tenemos más responsabilidades." P:45; "Los desafíos son económicos, problemas en casa... psicológicos." P:43). Reconocen acceso limitado a información sobre sexualidad, especialmente en zonas rurales. Estas percepciones reflejan estructuras patriarcales que limitan el desarrollo pleno y vulneran derechos, afectando las dimensiones de cuerpo, tiempo, espacio y memoria. (Anexo 9)

7.4.8. Ideas y prejuicios de prestadoras/es de servicios

Un problema central es la negación de prejuicios por parte del personal de salud, reflejando una perspectiva adultocentrista que restringe el derecho de adolescentes a decidir. Prácticas comunes incluyen cuestionar la necesidad de anticonceptivos (“...pero ¿para qué necesitas?, todavía eres joven. ¿Tan rápido vas a iniciar tu vida sexual?” P:24), falta de confidencialidad y juicio moralizante (“...así el adolescente no vuelve.” P:28). La revictimización institucional en casos de VBG es crítica: “...es una revictimización increíble. La misma normativa está permitiendo esa revictimización.” (P:18 - Hombre adulto), desmotivando la denuncia. Prejuicios socioculturales, machismo, tabú religioso y precariedad económica se articulan (“el tabú es lo cultural... en la familia... y en lo económico...” P:9). La búsqueda de servicios SSR por adolescentes es estigmatizada (“...es tachado de que es una persona con vida sexual activa... la sociedad le empieza a mirar mal” P:19). Falta atención integral y diferenciada, y los SSR es escaso y limitados especialmente en zonas rurales.

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

Las opiniones de AJH varían, desde rechazo hasta normalización. Las razones manifiestas para MUTF incluyen: a) Considerarlo un delito (que requiere campañas): “Que un hombre mayor se junte con menor de edad la ley establece que esto es un delito...” (P:362 - Hombre 19-28), b) Motivos económicos/interés: “Por tema económico, porque él le da plata a ella...” (P:346 - Hombre 19-28); c) Presión familiar/cultural (para salvar el honor): “...los mismos padres entregan a sus hijos... yo creo que es socio cultural y la parte económica es el motivo.” (P:337 - Hombre 19-28); “Los junta, entre los padres se ponen de acuerdo para que no queden mal su nombre y su apellido...” (P:221 - Hombre 15-18). Las OS tienen acciones de prevención limitadas (50% no tienen acciones definidas), a menudo reactivas. Dirigentes de OS expresan resignación (“A veces, ya que vivan, que vivan dicen... No se puede hacer nada...” P:4) o desconocimiento. Se reconoce la necesidad de educación y sanciones (“...dentro del sindicato se debe poner castigos para los hombres que buscan a menores de edad” P:8). (Anexo 9)

Barreras al cumplimiento normativo anti-MUTF: Estructuras patriarcales, vulnerabilidad económica, impunidad, desarticulación de políticas. Oportunidades: EIS, fortalecimiento de políticas, empoderamiento, cambio cultural, colaboración interinstitucional.

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

La principal barrera es el desacuerdo, mayoritariamente por motivos religiosos (67% de líderes OS) o por considerarlo innecesario (16,7%). Testimonios: “No estoy de acuerdo, ni modo si está embarazada, tiene nomás que tener.” (P:2); “La cultura es una barrera fuerte. En el área rural es muy difícil permitir un aborto...” (P:13). Estas visiones reducen a niñas y adolescentes a cuerpos reproductores. Otras barreras identificadas: a) Institucionales (17,1%): Procedimientos restrictivos, desconocimiento del personal, costos, falta de medicamentos. “En comunidades, el transporte y los costos son barreras. En los servicios hay personal que desinforma.” (P:20), b) Desconocimiento de la normativa vigente (14,3%): A pesar de la SCP N° 0206/2014; c) Falta de insumos y equipamiento (8,6%): Obliga a referir y causa demoras, d) Temor, vergüenza y oposición familiar (42%): Tabúes, falta de confidencialidad, control familiar, culpabilización (“Eso tú lo buscaste”). Creencias como que el aborto es pecado o trae mala suerte. (Anexo 9)

7.5. Garantes de derechos e instituciones

No obstante, en nuestro país, la existencia de leyes como la N° 348, orientada a la erradicación de la violencia, y la Ley de Juventudes N° 342, es fundamental. De ambas se derivan planes que

contemplan la implementación de diversas acciones para abordar problemáticas cruciales en adolescentes y jóvenes, tales como el embarazo precoz, la carencia de Educación Sexual Integral (EIS) y la violencia basada en género (VBG)."

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

La opinión de prestadoras/es de servicios frente a la violencia, sobre la prioridad que dan las autoridades a temas preocupantes de las/os adolescentes en todas sus diversidades, como son la EIS, la VSBG y el embarazo adolescente, según un 57% de prestadoras/es, estos temas son una prioridad para las autoridades (Gráfico 47 del Anexo 9)

En contraste, otro 43% afirma que no son temas prioritarios para las autoridades, lo cual es preocupante por el impacto negativo que puede tener en el ejercicio de DSR y la PFVBG de las y los adolescentes. Las causas se los puede ver en el punto (7.4.10. Anexo 9)

Así también, la falta de recursos económicos hace que las autoridades se concentren en áreas que tienen un impacto más inmediato, dejando de lado estos temas, y finalmente la falta de representación de AJM y AJH en espacios de toma de decisión, tiene como consecuencia una falta de atención a sus necesidades en IGI, SDSR y PfVBG, como se menciona en el punto 7.3.2. (Anexo 9)

Esta falta de priorización de estos temas puede generar una serie de limitaciones en adolescentes y jóvenes, como limitar su capacidad para tomar decisiones informadas sobre sus cuerpos y su salud, afectando su autonomía y empoderamiento lo que puede generar desigualdad en el acceso a recursos por la falta de programas y presupuesto para abordar la IGI y la PfV BG/VSBG, dejando de lado, acciones dirigidas a grupos diversos, como adolescentes LGBTIQ+. La falta de educación sobre violencia sexual puede aumentar la vulnerabilidad de las AJM, ante situaciones de abuso y reforzar la normalización de estas conductas en la sociedad.

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

Para que las normativas vigentes puedan implementarse y las políticas públicas respondan a las necesidades, de la población, es importante su participación. En el estudio se recuperó información respecto a la coordinación entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil.

A partir de las respuestas de prestadoras/es de servicios y de organizaciones sociales, el Gráfico 49 del anexo XX, muestra a las instituciones y organizaciones de la sociedad civil que coordinan para realizar seguimiento a la SSR y PfV de adolescentes. Primero, ambos concuerdan en que el sector educación, salud y DNA/SLIM coordinan. Segundo, que algunas de estas instancias realizan coordinación con organizaciones comunitarias. Y tercero, que no hay una instancia de coordinación entre todos los sectores y actores/as.

Asimismo, se identifica que prestadores/as de servicios coordinan de manera bilateral con ONGs, o con promotoras/es comunitarias/os, la Policía con el Ministerio Público y Juzgados, o con redes contra la violencia y organizaciones de jóvenes. Para una mejor comprensión sobre la coordinación interinstitucional, se muestra información desagregada por departamento y municipio en la tabla 4 del (Anexo 9).

El análisis revela que las actividades coordinadas para capacitación y sensibilización pueden promover la IGI, siempre y cuando consideren el enfoque de derechos, desafíen los estereotipos de género y fomenten un cambio cultural. La coordinación, facilita que las víctimas reciban la

atención y apoyo necesarios. Pero, aunque es evidente que hay un esfuerzo por parte de diversas instituciones y organizaciones para abordar la SSR y VBG en el ámbito operativo, hay una necesidad urgente de mejorar la coordinación, a partir de la inclusión de diferentes actores/as institucionales y de la comunidad, tomando en cuenta a representantes adolescentes y jóvenes para trabajar de manera conjunta, en SDSR, EIS, PfV.

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

En el estudio se recupera información desde la opinión de representantes de organizaciones sociales y de prestadoras/es de servicios sobre dificultades que existen en la coordinación entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil.

El Gráfico 50 del (Anexo 9), 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 (25%), que las instituciones no coordinan con las organizaciones comunitarias, (25%), que a nivel comunitario hay falta de comunicación y coordinación entre ellos (16,7%), que es la distancia de las oficinas del SLIM/DNA y Centros de salud (16,7%).

El Gráfico 51 del (Anexo 9) muestra, desde la perspectiva de prestadoras/es de servicios, las dificultades que enfrentan en la coordinación: en primer lugar, que no hay un ente rector que impulse la instancia de coordinación (23,5%), en segundo lugar, existe una falta de compromiso de las diferentes instancias (20,6%), en tercer lugar, no hay tiempo para participar en instancias de coordinación, representado (8,8%) y en cuarto lugar, la falta de infraestructura, personal especializado y equipamiento (el 5,9%).

El análisis de las respuestas resalta como un tema recurrente la falta de coordinación entre las distintas instituciones y organizaciones que trabajan en la mejora de los servicios de SSR y PfV, aunque algunos sectores logran coordinar, hay barreras que impiden una respuesta rápida y eficaz. 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 lo que resulta en una exclusión sistemática.

La falta de reconocimiento hacia las autoridades comunitarias y la escasa participación de la comunidad en la planificación pública y desarrollo de actividades pueden disminuir la efectividad de las intervenciones. La falta de un ente rector con liderazgo y compromiso dificulta el funcionamiento de una instancia de coordinación multisectorial. La rotación permanente de autoridades, prestadores/as de servicios y funcionarios y la falta de recursos y personal insuficiente no permite una continuidad en los proyectos y el cumplimiento de metas.

En resumen, las dificultades en la coordinación tienen un impacto profundo y negativo en la igualdad de género, la inclusión, la protección frente a la violencia y la despatriarcalización.

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

Con la finalidad de contar con propuestas para superar las dificultades de coordinación se entrevistó a prestadoras/es de servicios y representantes de organizaciones sociales.

En el Gráfico 52 del (Anexo 9), se observa que hay concurrencia en las propuestas que realizaron prestadoras/es de servicios y representantes de organizaciones sociales, para mejorar la coordinación para responder a IGI, EIS, PfVBG. 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 debe planificar reuniones regulares en horarios adecuados para todos.

Prestadoras/es de servicios por su parte señalan que la instancia de coordinación debe elaborar un plan de trabajo y espacios de evaluación, así como elaborar una Ley.

Desde un enfoque de género y despatriarcalización, 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 DSR de las adolescentes. La colaboración efectiva entre todos es clave para lograr un cambio significativo.

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

A partir de las respuestas de AJM de los 3 rangos de edad, sobre instancias que se oponen a promover IGI, EIS y SDR, se observa en el Gráfico 53 del anexo XX primero que no hay instancias que se oponen (37%), segundo, algunas personas (18,5%), tercero, algunas personas en unidades educativas (11%), e iglesias (11%), cuarto, se oponen padres, madres de familia (7,4%).

De acuerdo con la información recogida se evidencia que existe una resistencia cultural, impulsada por creencias tradicionales y machistas que se traduce en falta de apoyo para iniciativas que promuevan la igualdad.

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 incapacidad de buscar ayuda o hablar abiertamente sobre sus experiencias. Esto, sumado a la falta de educación sobre violencia sexual y SDR puede contribuir a la normalización de la violencia basada en género, siendo las adolescentes y jóvenes más susceptibles a situaciones de abuso y violencia.

8. Conclusiones

Las conclusiones que se presentan en este capítulo responden al objetivo específico a continuación se presentan las conclusiones ordenadas por categorías y objetivos del estudio: i) roles y responsabilidades, ii) acceso y control sobre los recursos, iii) participación y toma de decisiones, iv) normas sociales, y v) garantes de derechos e instituciones. Cada una de las conclusiones se elabora con base en los hallazgos que han sido expuestos de manera detallada en el Capítulo 7 Resultados, Análisis y Recomendaciones.

8.1. Roles y responsabilidades

Para comprender las causas profundas y los obstáculos y facilitadores de la IGI, y la PfVBG/VSBG en el ejercicio de la SDR de las AJM, durante el estudio se recabó información sobre la asignación social de roles y responsabilidades, la valoración diferenciada y jerarquizada y los efectos de estos roles en el desarrollo personal de las AJM.

1. La persistente división sexual del trabajo como barrera para la autonomía y el ejercicio de los DSR

El análisis de los grupos focales con AJM y AJH (Resultado 7.1.1) revela que el 66,5% de las adolescentes mujeres identifican las tareas del hogar y el cuidado como su principal responsabilidad, mientras que solo el 6,8% perciben una distribución equitativa. Esta división

sexual del trabajo, arraigada en normas patriarcales históricas que asignan a las mujeres al ámbito doméstico en un proceso de socialización temprano, limita significativamente su tiempo y oportunidades para la educación y el desarrollo personal. La participación masculina se percibe como una colaboración en lugar de una responsabilidad compartida, reforzando la norma patriarcal que exige a los hombres de estas tareas. Esta sobrecarga de responsabilidades no remuneradas para las AJM restringe su autonomía y su capacidad para ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos, cuando tiene que responder a la obligación de cumplir los roles de cuidado por encima de sus propias necesidades e intereses.

2. La socialización de género diferenciada y su impacto negativo en la autonomía reproductiva y la IGI

La asignación desigual de tareas del hogar y de cuidado entre mujeres y hombres, la falta de reconocimiento del valor y de corresponsabilidad en los cuidados, además de desvaloración social que se refleja en la percepción de 57,7% de AJM (Resultado 7.1.1.); genera una sobrecarga de trabajo y responsabilidades, afecta su autoestima y obstaculiza el uso de su tiempo en educación, participación, tiempo libre y el acceso a información y servicios de SSR y de protección. Esta situación se agrava en contextos rurales donde el acceso a servicios e información es más limitado en términos de desplazamiento, servicios de calidad y vinculación con redes de apoyo.

La sobrecarga de trabajo, emocional y social, restringe su capacidad de decisión sobre su cuerpo en lo que se refiere a SSR, la exploración y manifestación de sus necesidades y participación en espacios públicos donde pueda desarrollar una conciencia crítica sobre estas desigualdades. Todo esto incrementa su vulnerabilidad ante situaciones de violencia, exclusión, explotación y discriminación que constituye una barrera para avanzar hacia la igualdad de género, una vida digna, autónoma y libre de violencia.

3. El control patriarcal del cuerpo femenino y la negación de la autonomía reproductiva

La persistencia de una lógica patriarcal que busca controlar el cuerpo y la sexualidad de las mujeres se evidencia en las respuestas de los y las adolescentes referidas a cómo las mujeres tienen un rol subordinado con relación a los hombres en función a su responsabilidad naturalizada en el trabajo no remunerado del hogar (Resultado 7.1.2.), son percibidas como objetos sexuales al servicio del deseo masculino (Resultado 7.1.1) o el control sobre el cuerpo o los espacios que ocupan como justificativo para la violencia sexual (Resultado 7.4.3.). Esta cosificación y control se relaciona directamente con la deslegitimación de la autonomía reproductiva de las mujeres. Además, la tendencia a culpabilizar a las mujeres ante embarazos adolescentes y a que los hombres eludan su responsabilidad (Resultado 7.4.3) refuerza una norma patriarcal que niega su autonomía y su derecho a decidir sobre sus propios cuerpos, limitando la capacidad de las AJM para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera libre e informada.

Para lograr un cambio en la asignación de los roles, es necesario generar procesos reflexivos críticos con múltiples actores sobre el impacto de esta distribución tradicional de roles en la vida de las mujeres, para promover la corresponsabilidad en las tareas de la casa y el trabajo de cuidado; asimismo reflexionar y capacitar en masculinidades transformadoras con AJH y hombres involucrados en el proyecto. De igual manera, desarrollar conocimientos y habilidades que potencien la autonomía de las AJM, su desarrollo psicosexual sin mitos, tabúes, prejuicios impuestos, y promuevan el ejercicio de sus DSR y la toma de decisiones informadas sobre su cuerpo y su sexualidad.

8.2. Acceso y control de recursos

1. Existe demanda insatisfecha de información y servicios de SSR y protección para AJM

La demanda de SDSR por parte de AJM y AJH gira en torno a capacitación, la prevención de embarazos y la información sobre sus derechos (Resultado 7.2.1.). Además, se han identificado algunas demandas específicas por edad, discapacidad y diversidades sexuales y de género. En el primer caso, en adolescentes de 12 a 14 años se presenta el tema de la menstruación, que incluye aclarar dudas y brindar información oportuna, y la provisión sostenible de insumos de higiene menstrual; mientras que en las mujeres jóvenes (19 a 28 años), se manifiesta el tema de información y prevención de cáncer (Resultado 7.2.1.). Sobre el acceso de adolescentes y jóvenes con discapacidad, los comentarios hacen referencia a discapacidad motriz e intelectual, pero no toman en cuenta otro tipo de discapacidades (visual, auditiva, neurodivergente u otras). Por último, no se identifican respuestas efectivas para la atención a personas de diversidades sexuales o de género.

La posibilidad de que el personal de los servicios aborde las diferentes demandas en adolescentes dará cuenta de una mayor comprensión sobre el respeto a sus derechos, el reconocimiento de la importancia de cambiar sus historias frente a una memoria donde prevalece una maternidad temprana para las mujeres, así como patrones de violencia en sus genealogías. Es necesario fortalecer sus capacidades para que puedan facilitar espacios inclusivos y eficientes con las AJM (servicios de salud y protección), que ahora se gestionan como espacios de adultas/os heterosexuales y completamente funcionales.

2. La falta de confidencialidad como parte del trato en los servicios es una barrera de acceso crítica para el ejercicio de la SDSR de AJM.

Las AJM, principalmente las de 15 a 18 años, manifiestan que el personal de los servicios no respeta el principio de confidencialidad, no brinda explicaciones claras y completas y no resguarda la privacidad de AJM (Resultado 7.2.4.), lo que se traduce en una falta de reconocimiento como sujetas de derechos. Los problemas en el trato en los servicios también se expresan en que no hablan el idioma nativo local y, adicionalmente, no cuentan con material informativo (Resultado 7.2.4). El tema de confidencialidad se complejiza más porque, adicionalmente, los servicios no cuentan con infraestructura suficiente para un consultorio o espacio específico para atender a adolescentes que resguarde la privacidad (Resultado 7.2.2.). Estas prácticas pueden estar asentadas en la formación del personal de salud que no considera el enfoque de género, no tiene una concepción de integralidad en la atención de la salud y funciona con base en una jerarquía de poder, que se extiende al personal administrativo. La falta de confidencialidad tiene un impacto negativo sobre AJM expresado en temor para acudir a los servicios, pues cuando la información se filtra, les acarrea consecuencias negativas como violencia por parte de madres o padres y estigmatización por parte de la comunidad.

La relación de poder que se ejerce a través de la falta de confidencialidad atraviesa diferentes intersecciones: ser mujer, de zona rural, de estrato económico bajo y adolescente y se convierte en un mecanismo de control sobre sus cuerpos, va construyendo una historia sobre el trato en los servicios que se asienta en la memoria colectiva de las AJM y limita las posibilidades que tiene el personal para el trabajo de prevención de embarazos no deseados y protección frente a VBG y VSBG.

3. Los servicios reproducen prejuicios y discriminación hacia adolescentes y jóvenes y personas de diversidades sexuales y de género.

Los prejuicios y sesgos por parte del personal de los servicios hacia AJM tiene que ver, principalmente, con juicios de valor por ser activas/os sexualmente, cuestionamientos por solicitar información, no dar explicaciones e incluso el rechazo a atender a adolescentes y jóvenes sin compañía de su madre o padre (Resultado 7.2.4. y 7.4.8), lo que va en contra de la normativa. Estos prejuicios ponen en situación de mayor vulnerabilidad a personas con discapacidad y de diversidades sexuales o de género (Resultado 7.2.2). Asimismo, hay prejuicios y estereotipos por parte de las familias y la comunidad (7.2.6) quienes todavía no aceptan que estos temas se aborden en las escuelas ni en los servicios. La resistencia de la comunidad tiene un impacto negativo a nivel de los servicios pues se utiliza como justificativo por el personal para evitar desarrollar acciones de información, capacitación y provisión de MAC a adolescentes y jóvenes.

Las ideas y prácticas expuestas se asientan en una cultura patriarcal que no solo busca controlar, excluir o dominar los cuerpos de las mujeres, sino también los cuerpos feminizados, como son los cuerpos transgénero, transexuales u otras identidades no normativas, sobre la base de diferencias reales o percibidas y con la imposición de la heteronormatividad (Facio, A. Fries, L., 2005)². Estas relaciones de poder están muy ligadas a otros procesos de exclusión y discriminación como son la etnia, la edad o la clase.

La insuficiente capacitación del personal de salud en atención diferenciada y de calidad para AJM invisibiliza y margina sus necesidades específicas, particularmente aquellas con discapacidad o que pertenecen a diversidades sexuales o de género. Al no contar con las herramientas adecuadas, el personal puede reproducir prejuicios y estereotipos arraigados en la memoria colectiva, limitando el acceso de las AJM a servicios de SSR en un tiempo oportuno, en un espacio seguro y de confianza, que vulneran su derecho a la autonomía sobre sus cuerpos

Las resistencias comunitarias a abordar temas de SSR, especialmente la provisión de MAC, son instrumentalizadas para justificar la relegación o la imposición de barreras a las y los adolescentes que solicitan estos servicios (Resultado 7.2.6). Esta práctica refleja cómo la memoria colectiva conservadora que controla la sexualidad, especialmente la de las mujeres jóvenes, restringen su acceso a información y servicios, las confina a un espacio de desinformación y vulnerabilidad, afectando sus decisiones sobre sus cuerpos y su capacidad de planificar su futuro. La resistencia por parte de la comunidad no puede convertirse en argumento para evitar la provisión de los servicios, al contrario, debe ser una oportunidad para generar diálogo, compromisos y responsabilidad conjuntas sobre los derechos, la igualdad de género, la prevención de embarazos y la toma de decisiones informadas por parte de adolescentes y jóvenes.

4. Dificultades de acceso a la ILE en servicios de salud conjugan barreras socio-culturales e institucionales

Sobre el acceso a la ILE, el estudio identifica falta de claridad en el personal de salud sobre la normativa y la falta de insumos en los servicios de primer nivel para dar respuesta, en los casos en que podrían actuar antes de las 14 semanas de gestación (Resultado 7.4.10.). En los casos en que pueden actuar, la intervención de la ILE se va postergando por la resistencia de las familias o la comunidad, hasta que la ILE con medicamentos ya no es viable. Frente a los casos que superan el límite de las 14 semanas, el estudio brinda algunos indicios de otros obstáculos que

² Facio, A. Fries, L. (2005). *Feminismo, Género y Patriarcado*. Revista sobre la Enseñanza del Derecho de Buenos Aires. Año 3. Primavera 2005. Pág. 259-294. <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/revista-ensenanza-derecho/article/viewFile/33861/30820>

intervienen: los servicios no están respondiendo con la diligencia necesaria para referir a otro servicio que responda al caso (Resultado 7.4.10.); se presentan problemas con la distancia que supone para las AJM desplazarse a otro servicio, la falta de recursos económicos para hacerlo y, en el caso de las adolescentes, al factor económico se suma la imposibilidad de movilizarse sola sin orientación o compañía de otra persona.

Tomando en cuenta que para el acceso a la ILE los tiempos de intervención son cruciales (desde las perspectivas médica y legal), la constatación de falencias en las respuestas diligentes y sin demoras, revela la profunda imbricación de un sistema patriarcal y machista en la estructura y funcionamiento de los servicios de primer nivel. La escasez de insumos esenciales para la provisión oportuna de la ILE con medicamentos (Resultado 7.4.10.) manifiesta la falta de priorización de las necesidades específicas de las mujeres, particularmente de las AJM, cuyos DSR son históricamente relegados en contextos donde las decisiones sobre sus cuerpos son a menudo controladas por normas sociales patriarcales.

La resistencia familiar y comunitaria a la ILE (Resultado 7.4.10.) por motivos religiosos (*“castigo divino”*), económicos (*“el costo del transporte”*), culturales (*“si hay granizadas o sequías es porque alguien abortó”*) o la escasa difusión de información sobre la ILE a la comunidad que incrementa dudas y temores, evidencia cómo las normas patriarcales, arraigadas en prejuicios de género y mandatos sobre la sexualidad femenina y la maternidad obligatoria, obstaculizan la autonomía corporal de las AJM y se asientan en la memoria colectiva. Esta resistencia no solo niega su derecho a decidir sobre sus propios cuerpos y proyectos de vida, sino que también las expone a mayores riesgos físicos y psicológicos al forzarlas a continuar embarazos frecuentemente resultado de violencia sexual.

Todo esto revela una situación de extrema vulnerabilidad para las mujeres en un sistema regido por normas patriarcales que profundiza las desigualdades de género. La falta de cumplimiento de la ILE afecta de manera integral los cuerpos ejerciendo violencias múltiples: impone un embarazo y una maternidad a consecuencia de una violencia sexual que muchas veces es silenciada generando más traumas, restringe su acceso a diversos espacios de participación social, educativa y laboral y limita su movimiento autónomo, especialmente para acceder a servicios de salud confidenciales

Cada uno de estos elementos – la falta de insumos, la información insuficiente sobre derechos y normativas y la resistencia de las familias y la comunidad– se convierten en una barrera crítica que enfrentan las/los prestadoras/es de servicios para garantizar el acceso a la ILE, impidiendo que las AJM ejerzan plenamente su derecho a la salud sexual y reproductiva y a la autonomía sobre sus cuerpos.

8.3. Participación y toma de decisiones

1. El contexto sociocultural limita la toma de decisiones de las AJM sobre el ejercicio de sus SDR

Ante la posibilidad de que las AJM tomen decisiones sobre su sexualidad y actúen para prevenir o denunciar situaciones de violencia, ellas reconocen que en su entorno existen reacciones de rechazo a estos temas, esto devela que las AJM se desenvuelven en un espacio de normas socioculturales profundamente arraigadas por las no se habla de los temas de SDR y por tanto se limitan las oportunidades de acceso de las AJM a información y a EIS en las familias y la comunidad (Resultado 7.3.1). La ausencia de educación sexual integral y el escaso apoyo de la familia, la escuela y los servicios de salud, contribuyen a la desinformación y a la perpetuación

de mitos sobre la sexualidad femenina. Esta falta de información y apoyo puede llevar a que las adolescentes enfrenten embarazos no deseados y sean culpabilizadas por ello. (Resultado 7.4.3).

En un entorno excluyente, las AJM, no se sienten con derechos, no reclaman y creen que no pueden tomar decisiones. Se puede considerar que este es un efecto de la violencia simbólica en las AJM que se manifiesta a través de mensajes, imágenes y prácticas que refuerzan la interiorización de las mujeres y legitiman su control, ya que, desde temprana edad, las adolescentes son socializadas para aceptar roles subordinados, lo que limita su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su sexualidad y las expone a estigmas y a violencia cuando intentan hacerlo. Estas normas tradicionales (Resultado 7.1.1), y los mensajes patriarcales del entorno descalificador, producen timidez, miedo, inseguridad y silencio en las AJM.

A su vez, representantes de organizaciones sociales y prestadoras/es de servicios señalan que la primera barrera que enfrentan las AJM, es el adultocentrismo, luego, la falta de información, y también el miedo y normas sociales de silencio, vergüenza y timidez. Estas barreras generan carencias de información y de habilidades psicosociales en las AJM para tomar decisiones sobre su sexualidad, para actuar frente a la violencia, así como para su desempeño en el espacio público (Resultado 7.3.3.).

Para enfrentar estas barreras se propone desarrollar procesos de formación de AJM en EIS, con componentes para el desarrollo de habilidades psicosociales para fortalecer la autoestima y la autonomía con metodologías interactivas y que permitan el monitoreo de desarrollo de capacidades de expresión, toma de decisiones sobre SDR y participación en espacios organizativos y liderazgo.

Se abren oportunidades a partir de afirmaciones de AJM participantes sobre la importancia de expresar lo que ellas piensan y deciden hacer, antes que los juicios de su entorno. Así mismo, señala una oportunidad, el reconocimiento de que algunas mamás y papás como actitud responsable de las AJM, el uso de MAC en sus relaciones sexuales, de existir casos en los que papás y mamás denuncian el abuso sexual ante las instituciones de protección y de recibir apoyo, acompañamiento y protección de sus familias en situaciones de VBG y VSBG. R.7.3.3.

2. Participación esporádica de adolescentes y jóvenes hombres no permite mejoras en los servicios

En el análisis de los grupos focales con AJH (Resultado 7.3.2.) los AJH afirman 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, el colegio organiza cumbres para la participación y expresión que no se traducen 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 esta representación de AJM y AJH como integrantes de sus estructuras de coordinación y de planificación, con participación sostenida y con derecho a ser escuchadas y escuchados y atendidos. Estas barreras a la participación de AJH y AJM, en espacios institucionales, inciden en la posibilidad de mejora del 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 por sus necesidades y pueden crearse servicios más accesibles, inclusivos, reduciendo barreras como la discriminación, el estigma y la falta de información. (Resultado 7.2.1)

El fortalecimiento de los espacios entre AJM y AJH permitirán la socialización de sus problemas y necesidades, la reflexión crítica sobre los roles masculinos y femeninos en las relaciones de género y la reproducción del poder patriarcal, así como para la construcción de propuestas transformadoras para la igualdad.

3. La falta de consentimiento en las relaciones de pareja devela el aprendizaje del ejercicio de poder patriarcal

En primer lugar, se puede afirmar que las reacciones de la pareja ante el rechazo para relaciones sexuales, transcurre según los grupos de edad, desde el respeto a la decisión, que no tiene importancia, efectos en el estado de ánimo, escalando a expresiones de violencia psicológica y de violencia física (Resultado 7.3.4.).

Estas reacciones empiezan a diferenciarse según aumenta la edad del grupo, desde el “respeto a la decisión”, compartida por todos, hasta la “violencia psicológica y física” que aparece progresivamente en el grupo intermedio y que alcanzará mayores niveles en el grupo de mayor edad. (25%)

Por las evidencias que muestra el estudio, se puede concluir que la violencia es producto del aprendizaje de los mensajes y patrones de conducta patriarcal, sobre el ejercicio del poder masculino, que se asimilan y se desarrollan en el proceso de socialización de los AJH bajo normas que asocian la masculinidad con la fuerza, el dominio y la represión emocional. Se les enseña que deben ser fuertes, no mostrar vulnerabilidad y resolver conflictos mediante la agresión. Esta construcción de la masculinidad hegemónica puede llevar a la naturalización de la violencia como una forma aceptable de comportamiento. (Resultado 7.4.7) Desde la visión de igualdad de género, se internalizan mensajes que niegan el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y niegan su autonomía. Las diversas formas de violencia generan miedo, inseguridad, baja autoestima y reproducen las desigualdades en las relaciones entre mujeres y hombres, no permiten espacios y movimientos para el desarrollo de sus capacidades, develan el perfil patriarcal de las parejas violentas.

4. Madres y padres requieren conocimientos y habilidades para transmitir patrones y valores para la igualdad de género

Las respuestas de mamás y papás plantean la necesidad de procesos de capacitación para ellas y ellos, así como para prestadores de servicios de salud y de protección, tomando en cuenta formas adecuadas de desarrollo de capacidades y conocimientos. Sostienen la importancia de hablar de temas de DSR en las familias y las comunidades, y admiten que no tienen la información suficiente o las capacidades para hacerlo. Para este propósito, se reconocen la necesidad de acceder a información sobre SDR, capacitarse en gestión de emociones como medida de prevención de riesgos de agresiones y desarrollar habilidades para transmitir a las/os hijas/os. (Resultado 7.3.5).

Reconocen la existencia de diferencias generacionales entre los abuelos/abuelas, padres madres e hijas/hijos en un contexto de cambios socioculturales y demandan espacios de reflexión, acceso a información y a habilidades que les permita apoyar a sus hijas e hijos en sus propios desafíos y también aplicar a las estrategias familiares y comunitarias.

Las voluntades expresadas pueden contribuir a generar una masa crítica que identifica, analiza y revisa las ideas y creencias distorsionadas históricamente construidas sobre la sexualidad de adolescentes y jóvenes; que, al mismo tiempo, apoye el ejercicio de SDR de ellas, y desempeñe un rol protector y mediador dentro de la comunidad ante situaciones de riesgo. Esto contribuye a construir espacios seguros donde las AJM pueden desarrollar su autoestima, seguridad en sí mismas, confianza en las instituciones y de esa manera consolidar su autonomía en el marco de relaciones de género e intergeneracionales igualitarias (Resultado 7.2.4.)

Para el diseño y desarrollo de los procesos de capacitación a padres y madres, es importante tomar en cuenta que el rol de madres y padres en la reproducción de las relaciones de género es fundamental, ya que actúan como los primeros socializadores que transmiten normas, valores y expectativas relacionadas con el género desde la infancia. El proceso de socialización diferencial, asigna roles y comportamientos específicos a niños y niñas basados en construcciones culturales de masculinidad y feminidad. Además, la vigilancia de género ejercida por los padres y madres implica la supervisión y corrección de comportamientos que se desvían de las normas tradicionales de género, lo que refuerza la conformidad con roles preestablecidos.

8.4. Normas sociales

Las normas sociales patriarcales que sostienen el sistema de desigualdad de género se transmiten desde la infancia a través de múltiples espacios: la familia, el sistema educativo, los medios de comunicación, la religión, las instituciones, la cultura y las relaciones cotidianas. Estos ámbitos reproducen valores y prácticas que legitiman la subordinación de mujeres y diversidades, consolidando la autoridad masculina como una norma socialmente aceptada. En este marco, las conclusiones presentadas buscan comprender las causas estructurales, barreras y oportunidades para avanzar en la igualdad de género e inclusión de diversidades, la PfVBG, el ejercicio de SDR en los territorios de influencia del proyecto REACH.

1. Control del cuerpo, memoria, tiempo, territorio y movimiento de las adolescentes jóvenes mujeres AJM para la mantener las relaciones de poder del patriarcado.

Las normas patriarcales asignan roles tradicionales de género que limitan el acceso a la EIS, a SSR y que refuerzan el estigma hacia quienes no cumplen los mandatos establecidos. Se instala en la memoria personal y colectiva una expectativa de feminidad centrada en se recatada, dedicada a las tareas del hogar y al cuidado, restringida al ámbito doméstico. Este imaginario sostiene el control del cuerpo, del tiempo y del movimiento de las AJM, responsabilizándolas también del embarazo y ubicándolas en el rol de pareja y madre en subordinación al hombre.

En todos los territorios estudiados, el 65% de AJM y AJH indican que las AJM son vistas bajo estos roles tradicionales. Además, apenas el 4,5% señala que se valora más el trabajo de las mujeres, frente al 73,5% que valora más el trabajo de los hombres Gráficos 6 y 7 (Resultado 7.1.1.) Según el Resultado 7.4.6, tanto AJM como AJH señalan que la responsabilidad del embarazo adolescente recae principalmente en la mujer. Los Cuadros 41 y 42 muestran que el 27% de las AJM y el 31% de los AJH indican que los padres del embarazo no asumen responsabilidades. A esto se suma una respuesta estigmatizante y de violencia por parte de las familias y el entorno, lo que refuerza la subordinación y el dominio masculino sobre el cuerpo de las AJM. Esta conclusión se ve respaldada también por la preocupación expresada por tomadores de decisión, OS, FCM y FCH respecto al embarazo adolescente (Resultado 7.5.1.).

El proceso de transmisión de normas patriarcales incluye prácticas de presión y control ejercidas por la familia y la comunidad, evidenciadas en la percepción de las AJM y los AJH que perciben

la adolescencia como una etapa de restricciones y desventajas, debido a la presión para cumplir con mandatos de feminidad y masculinidad (Resultado 7.4.7.).

Finalmente, la alta demanda de EIS y SSR expresada por el 79,2% de AJM, especialmente en áreas rurales (Resultado 7.4.1), pone en evidencia que las instituciones responsables del cumplimiento de los SDSR no están cumpliendo eficazmente su rol, limitando el acceso a información y servicios de SSR se impide avanzar hacia transformaciones estructurales que promuevan la IGI y el ejercicio pleno de los derechos de las adolescentes.

2. La violencia sexual, los matrimonios o uniones tempranas forzadas y el embarazo adolescente como mecanismos de control

Estas formas de violencia no son hechos aislados, sino prácticas normalizadas que operan como mecanismos de control y expresión extrema de un orden social que subordina a las adolescentes y garantiza impunidad a los agresores. El 81,3% de AJM de 12 a 14 años, el 40% de las de 15 a 18 años y el 48,4% de las de 19 a 28 años reportan que las AJM corren mayor riesgo de violencia sexual. Esta percepción es compartida por AJH (Resultado 7.4.2.). Además, la culpabilización de las víctimas es transversal: 90,3% de AJM de 19 a 28 años, 79,7% del grupo de 15 a 18 años y 66,7% del grupo de 12 a 14 años señalan que las mujeres agredidas sexualmente suelen ser responsabilizadas de lo ocurrido (Resultado 7.4.3).

En los casos de embarazo adolescente, también se responsabiliza a la AJM, exonerando al hombre. (El Resultado 7.4.5) muestra que una de las reacciones más comunes es que los adolescentes “formen una familia”, práctica muchas veces promovida por acuerdos familiares que derivan en matrimonios o uniones tempranas forzadas. Estas uniones normalizadas afectan directamente la educación, desarrollo y autonomía de las adolescentes como mencionan el 40,9% de los AJH que reconoce que estas uniones son comunes y aunque el 61,5% dice que están mal, solo una parte reconoce la necesidad de actuar (Resultado 7.4.8).

Estas prácticas refuerzan la subordinación de las adolescentes en todos los espacios: familiares, comunitarios e institucionales. El 26,3% de los AJH de 15 a 18 años afirma que las adolescentes buscan hombres mayores por seguridad económica (Resultado 7.4.8), lo que invisibiliza la coerción implícita en estas relaciones y legitima la instrumentalización del cuerpo y la vida de las AJM. La resolución de casos de violencia sexual mediante el silencio o la conformación de una familia no solo evidencia debilidad institucional, sino un patrón estructural de impunidad sostenido por actores clave como padres, autoridades comunitarias y personal educativo. En este contexto, la impunidad no es una falla, sino un componente funcional de un orden que privilegia el control masculino.

3. La reproducción de normas que eximen a los hombres y penalizan a las víctimas impide relaciones igualitarias y frena la justicia de género

Los AJH internalizan modelos de masculinidad hegemónica que refuerzan el silencio frente a la violencia y obstaculizan el desarrollo de relaciones corresponsables. Según el (Resultado 7.4.6), solo el 21,1% de los AJH de 15 a 18 años se sienten plenamente responsables en la prevención de la violencia sexual y basada en género, siendo el grupo con menor sentido de responsabilidad. Además, un porcentaje importante indica

Por tanto, resignificar las masculinidades es clave para dismantelar las estructuras que reproducen desigualdad. Se requiere promover procesos formativos participativos y seguros donde los adolescentes puedan reflexionar sobre sus mandatos de género y construir nuevas

formas de ser hombres, articulando acciones desde salud, educación, comunidad y familia, con enfoque interseccional, transformador y despatriarcalizador.

4. Liderazgos juveniles de AJM y demanda de derechos como oportunidades de cambio

Frente a este escenario adverso, emergen AJM que se reconocen como sujetas de derechos y demandan servicios de SSR y EIS respetuosos, seguros y sin discriminación. Este proceso de autoidentificación y exigibilidad evidenciado por el 79,2% de AJM que exige EIS y SSR, y el 8,8% que demanda formación en derechos (Resultado 7.4.8) refleja no solo una creciente conciencia sobre sus necesidades, sino también el surgimiento de liderazgos transformadores que cuestionan las jerarquías patriarcales. La participación de las AJM representa un acto político de resistencia al orden patriarcal y una afirmación del derecho a decidir sobre sus cuerpos y sus vidas. Desde una perspectiva de despatriarcalización, estas formas de liderazgo cuestionan la negación histórica de la agencia de las mujeres, especialmente de las adolescentes, y reconfiguran las relaciones de poder desde los territorios, los cuerpos y las memorias. La percepción de igualdad en el valor del trabajo entre mujeres y hombres (87,5%) y la propuesta de fortalecer grupos de pares liderados por promotoras de SDRS e IGI (Resultado 7.2.5) muestran que las AJM están generando condiciones propicias para el cambio estructural, activando dinámicas colectivas que promueven la confianza, el diálogo, y la transformación de las normas sociales que reproducen desigualdades y violencias. Estos liderazgos no solo permiten imaginar otros futuros posibles, sino que reafirman la urgencia de acompañar y sostener procesos despatriarcalizadores anclados en las voces y prácticas de las propias adolescentes y jóvenes.

En este marco, es fundamental fortalecer y acompañar los liderazgos de AJM desde un enfoque interseccional, de género transformador y despatriarcalizado, reconociendo sus cuerpos como territorios de lucha política y sus espacios de organización como plataformas de transformación social. Se recomienda institucionalizar mecanismos participativos que reconozcan y escuchen activamente a las AJM en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas de SDRS, promoviendo su autonomía, acceso a información y decisión sobre sus vidas. Asimismo, debe impulsarse la formación y acompañamiento sostenido de promotoras pares, dotándolas de herramientas metodológicas y políticas que potencien su capacidad de incidencia, especialmente en contextos de discriminación múltiple. Los espacios seguros y de confianza deben consolidarse como entornos estratégicos para desmontar las narrativas patriarcales, promover la igualdad de género y prevenir la violencia, posicionando a las AJM como agentes clave en los procesos de transformación comunitaria, educativa y sanitaria. Además, se sugiere articular estos esfuerzos con actores institucionales y comunitarios para generar cambios sostenibles en las normas sociales y culturales que limitan el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

8.5. Garantes de derechos e instituciones

Esta categoría se centra en evaluar cómo las instituciones y los responsables de garantizar derechos influyen en la participación y toma de decisiones de AMJ.

1. Decisiones políticas aún reflejan falta de compromiso con la transformación de las relaciones de poder

Las opiniones de prestadoras/es de servicios respecto a, si la EIS, IGI, PIVBG son prioridades para las autoridades (resultado 7.5.1), muestra que un 43% de autoridades no priorizan estos temas, revelando cómo la estructura patriarcal y las decisiones políticas aún reflejan una falta de compromiso con la transformación de las relaciones de poder, que dificultan cambios profundos

en las relaciones de género y en la distribución del poder, perpetuando la desigualdad, la discriminación y la violencia hacia adolescentes y jóvenes en todas sus diversidades.

La falta de priorización de estos temas, tiene un impacto negativo en la vida de las AJM y el ejercicio de sus derechos SSR libre de violencias, limitando el acceso a servicios de calidad, inclusivos, adecuados y diferenciados y el ejercicio de derechos el acceso a información e insumos que le permitan tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su sexualidad, restringiendo su autonomía y empoderamiento para participar en espacios de decisión para hacer escuchar su voz y exigir el cumplimiento de sus derechos. Asimismo, pone en situación de mayor riesgo y vulnerabilidad a las AJM en todas sus diversidades, frente a la violencia sexual y embarazos adolescentes. Promover alianzas con autoridades de diferentes niveles de Gobierno y/o realizar acciones de incidencia se hace necesario, para impulsar cambios estructurales que garanticen que las decisiones políticas reflejen un compromiso genuino con la transformación social y tomen en cuenta las necesidades diferenciadas de adolescentes y jóvenes.

2. Barreras institucionales y su impacto en la autonomía y el ejercicio de SDSR de AJM

Las barreras institucionales que se identificaron en el estudio, desde la opinión de prestadoras/es de servicios sobre el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de SSR y PfV (Resultado 7.2.6) tienen que ver con la falta de difusión de los servicios de SSR y/o centros AIDA; falta de infraestructura adecuada, el limitado acceso geográfico por la distancia a los servicios. En relación a barreras y servicios de SSR para el acceso a la ILE (Resultado 7.4.10), como el desconocimiento de la normativa, falta de recursos económicos, falta de insumos para llevar a cabo el procedimiento de la ILE.

Desde un enfoque de género y despatriarcalización, estas barreras tienen un impacto profundo y multidimensional en la autonomía y el ejercicio de DSR y a una vida libre de violencia de las adolescentes, limitan su capacidad para tomar decisiones informadas y libres sobre su cuerpo y su sexualidad. La carencia de infraestructura, la distancia geográfica y la falta de recursos económicos afectan de manera desproporcionada especialmente a adolescentes que viven en contextos rurales o en situación de vulnerabilidad. La falta de insumos, la falta de formación del personal, o el desconocimiento de la normativa vigente sobre ILE, vulnera el derecho de las adolescentes a decidir sobre su maternidad, no teniendo otra opción que continuar con embarazos no deseados, con consecuencias físicas, emocionales y sociales difíciles de superar.

Las barreras institucionales, no solo son obstáculos logísticos o administrativos, sino que tienen implicaciones estructurales que perpetúan la desigualdad de género, la exclusión y tienen un impacto negativo en la vida de las adolescentes y jóvenes en todas sus diversidades. Es fundamental, abordar y eliminar estas barreras a partir de políticas inclusivas que garanticen el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios diferenciados y sin discriminación.

3. La coordinación interinstitucional y sus efectos en la respuesta institucional y de la comunidad a la IGI, inclusión, PfVBG y los DSR de las y los adolescentes.

En el estudio se identificaron, por un lado, algunas prácticas favorables de coordinación interinstitucional a partir de la experiencia y conocimientos de prestadoras/es de servicios y representantes de organizaciones sociales (Resultado: 7.5.2). como coordinación entre dos o tres actores institucionales y en algunos casos con organizaciones de la comunidad, de carácter más operativo, así como, el funcionamiento de redes de lucha contra la violencia en las cabeceras de municipio de Tomina y Padcaya, en las que participan diferentes instituciones, sectores y actores de la comunidad (Resultado: 7.5.2) que desarrollaron experiencia de trabajo coordinado principalmente en el tema de violencia de género, sentando una base importante para desarrollar

actividades colaborativas y de inclusión de sectores públicos, institucionales y organizaciones de la sociedad civil. Por otro lado, también se identificaron dificultades importantes en estas experiencias de coordinación (Resultado 7.5.3) que evidencian la necesidad urgente de mejorar la coordinación a partir de la conformación de instancias multisectoriales que aglutinen a todos los actores, actrices y sectores institucionales que trabajen en SSR, PfV y EIS y organizaciones de la comunidad, garantizando la participación de adolescentes y jóvenes para realizar un trabajo conjunto y con enfoque integral como se planteó en entrevistas realizadas a prestadoras/es de servicios y representantes de organizaciones sociales (Resultado 7.5.4).

La conformación de instancias/redes o plataformas multisectoriales con la participación de adolescentes y jóvenes en su diversidad, se constituyen en una oportunidad, para abordar la IGI, EIS, PfVBG/VSBG y los DSR desde un enfoque integral e impulsar la implementación coordinada y seguimiento de acciones de instituciones privadas y públicas de salud, educación y protección; así como la priorización de programas con enfoque de género, derechos y despatriarcalización en base a necesidades de las y los adolescentes y jóvenes y con recursos adecuados para su implementación. Esto puede tener un impacto favorable en el avance de la igualdad de género, ejercicio de los DSR y PfV de las/os adolescentes y jóvenes, promoviendo una respuesta institucional y comunitaria más inclusiva y sensible a las necesidades reales de las y los adolescentes, especialmente en temas de IGI, DSR y PfV y protección frente a la violencia, así como, a partir de su empoderamiento poder influir en las políticas y acciones que les afectan directamente.

9. Recomendaciones

En este apartado las recomendaciones se presentan también según las cinco categorías utilizadas en el estudio, pero, además, están alineadas al Marco Lógico del Proyecto REACH. Cada una de las recomendaciones se elabora con base en los hallazgos que han sido expuestos de manera detallada en el Capítulo 8 Conclusiones.

En el Anexo 10 se encuentran las recomendaciones específicas sobre oportunidades IGI y PfV para el proyecto REACH (Objetivo 2) según lo establecido en los TdR, que toman en cuenta las cinco dimensiones del enfoque de despatriarcalización: movimiento, espacio, memoria, tiempo y cuerpo.

1.1. 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 apoyo al Ministerio de Educación, fortalecer en la EIS la reflexión crítica sobre los roles tradicionales, la igualdad de género, el valor del trabajo del hogar, el trabajo de cuidado, las barreras que limitan el avance en la transformación para la valoración de estos roles tradicionales y su vinculación con la salud mental de las AJM.
- Desarrollar acciones de incidencia hacia el Ministerio de Educación y las Secretarías Departamentales de Educación para revisar y actualizar los currículos de educación secundaria incorporando de manera transversal la perspectiva de género y contenidos que desafíen los estereotipos sobre las profesiones y roles económicos de hombres y mujeres. Se deben promover

modelos de mujeres exitosas en diversos campos y fomentar el desarrollo de habilidades técnicas y emprendedoras en AJM.
Resultado inmediato 1120: Habilidades para la vida transformadoras de género y conocimientos sobre SDRS mejorados, incluyendo la VSBG y servicios relacionados para adolescentes y jóvenes.
Producto 1121: Formación en habilidades para la vida transformadoras de género y SDRS, incluida la VSBG, proporcionada a adolescentes y jóvenes de organizaciones juveniles de la comunidad, e impartida por educadoras y educadores pares a nivel comunitario. - Incluir en la formación de AJM y AJH la propuesta del Anexo XX de este documento referida a los contenidos sobre habilidades para la vida, con el objetivo de construcción de relaciones de género igualitarias y de justicia social. - Desarrollar contenidos para promover el respeto por la autonomía corporal y el derecho a la toma de decisiones informadas sobre la sexualidad y la reproducción, desafiando las normas patriarcales que legitiman el control masculino. Se debe incluir información clara sobre el consentimiento, la prevención de embarazos no deseados y el acceso a servicios de SSR
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 Considerar el enfoque de cuidados para co-desarrollar la estrategia de MT en SSR y el contenido educativo con las organizaciones socias con enfoque de derechos, IGI, PfvS/VSBGS, porque promueve la igualdad al reconocer que el trabajo de cuidados es una responsabilidad compartida y no solo de las mujeres. La rígida división sexual del trabajo y la injusta organización social del cuidado son una de las causas de las desigualdades de género y de la discriminación hacia las mujeres³. Visibilizar la sobrecarga de trabajo en las mujeres y destacar las ventajas de la corresponsabilidad masculina en las tareas del hogar y de cuidado.

1.2. Acceso y control de recursos

Resultado intermedio 1100: Agencia fortalecida de las AJM para ejercer su SDRS, en particular de aquellas en situación de vulnerabilidad.
Resultado inmediato 1120: Habilidades para la vida transformadoras de género y conocimientos sobre SDRS mejorados, incluyendo la VSBG y servicios relacionados para adolescentes y jóvenes.
Producto 1121: Formación en habilidades para la vida transformadoras de género y SDRS, incluida la VSBG, proporcionada a adolescentes y jóvenes de organizaciones juveniles de la comunidad, e impartida por educadoras y educadores pares a nivel comunitario. Para abordar las barreras de acceso a la ILE con el personal de salud y las comunidades (Conclusión 4, basada en el resultado de barreras institucionales y socio-culturales - Resultado 7.4.10.) se recomienda que el proyecto, en coordinación con la instancia multisectorial, desarrolle una estrategia de difusión de información y normativa vigente sobre la ILE dirigida a AJM, personal de salud y a la comunidad, que: i) fortalezca el ejercicio de los derechos de las AJM a recibir información sobre SDRS; ii) promueva la protección inmediata en casos de VSBG; iii) garantice una atención oportuna, diligente, eficiente y de calidad; y iv) visibilice los impactos sobre la reproducción de la cultura del silencio y la violación. Una estrategia de difusión efectiva debe desafiar activamente las narrativas patriarcales arraigadas en la memoria colectiva (prejuicios y prácticas del personal de los servicios, las familias y la comunidad), promoviendo la autonomía sobre sus cuerpos y facilitando el movimiento de las AJM hacia la búsqueda de ayuda, la toma de decisiones informadas sobre sus vidas y ejercicio de sus DSR.

³ InteRed (2018) *Objetivos de Desarrollo del Milenio con enfoque de género y cuidados*.
https://www.intered.org/sites/default/files/intered_publicacion_objetivos_bj.pdf

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.

- Respondiendo a la demanda insatisfecha vinculada a AJM con discapacidad, de diversidades sexuales y de género (Conclusión 1, basada en el resultado de necesidades de AJM sobre SSR y respuestas de los servicios - Resultado 7.2.1), incluir en la capacitación y actualización del personal de salud un módulo sobre normativa vigente y atención diferenciada en SSR y sexualidad con lesbianas, bisexuales, transgénero, transexuales, intersexuales y no binarios. De igual manera, desarrollar contenidos referidos a SSR y sexualidad de personas con diferentes tipos de discapacidad (motriz, visual, auditiva, intelectual); así como el abordaje con personas neurodivergentes. El fortalecimiento de capacidades del personal para la atención diferenciada a estas poblaciones permitirá, por un lado, generar mayor conciencia sobre los derechos que ellas/ellos/elles tienen en torno a la SSR, fuera de los patrones patriarcales, machistas y capacitistas; por otro lado, facilitará vivir una sexualidad libre, saludable, sin prejuicios y lograr mayor autonomía sobre las decisiones sobre sus cuerpos; y, por último, posibilitará brindar acompañamiento y apoyo para acceder a servicios de salud y protección frente a los riesgos de VBG y VSBG que pueden enfrentar según sus condiciones y los espacios donde se mueven (familiares o comunitarios).
- En complementación con la anterior recomendación, se sugiere coordinar y establecer alianzas con organizaciones, grupos o colectivas de diversidades sexuales y de género y personas con discapacidad que pueden tener una trayectoria de trabajo con estas poblaciones para que, de manera conjunta y desde sus propias experiencias y necesidades, se construyan contenidos de capacitación y sensibilización a personal de los servicios de salud, protección y unidades educativas. Estas alianzas pueden contribuir sustantivamente a una atención más sensible, inclusiva y de calidad para adolescentes y jóvenes en toda su diversidad.
- Para trabajar los temas de confidencialidad y de trato (Conclusión 2 y 3, basadas en el resultado de falta de confidencialidad del personal en los servicios - Resultados 7.2.1 y 7.2.5.), se propone incluir en los procesos de sensibilización al personal de salud y administrativo, el trabajo sobre sesgos inconscientes de género, edad, origen étnico, discapacidad y diversidades sexuales/genéricas. Los sesgos inconscientes pueden trabajarse a través de diferentes metodologías que ya han sido probadas con niveles gerenciales y operativos de diferentes organizaciones e instituciones: estudios de caso, testimonios y talleres interactivos que ayuden a identificar y cuestionar prejuicios. Esta recomendación se dirige con énfasis para el grupo de adolescentes de 12 a 14 años quienes tienen menos acceso a los servicios de SSR. El abordaje de los prejuicios y la discriminación a través de los sesgos puede resultar útil pues muchas veces las personas no son conscientes de que sus actitudes o comentarios refuerzan o reproducen discriminación, exclusión, cuestionamiento hacia AJM o impiden el ejercicio de sus derechos. Este enfoque permite explorar, visibilizar, analizar los impactos, proponer cambios desde las propias reflexiones de las y los participantes y facilitará generar actitudes y espacios amigables y de confianza que fortalezcan la capacidad de AJM para tomar decisiones sobre sus cuerpos y su vida. Busca transformar la memoria institucional y las prácticas del personal de salud, promoviendo un trato respetuoso y libre de prejuicios. También busca optimizar el tiempo de respuesta y la calidad de la atención.

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 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.

- Desarrollar estudios para brindar una atención que promueva el ejercicio de la sexualidad y DSR de adolescentes y jóvenes con diferentes tipos de discapacidad: motriz, visual, intelectual, y auditiva, incluyendo a personas neurodivergentes (Conclusión 1, basada en el resultado de necesidades de AJM sobre SSR y respuestas de los servicios - Resultado 7.2.1).

1.3. 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 1111: Apoyo prestado al Ministerio de Educación y la Unidad Especializada de Formación Continua (UNEFCO) para la implementación de la EIS.

- En la comprensión de que las diferentes visiones entre madres, padres, abuelos, abuelas y AJM, AJH (Vinculado a Conclusión 4. Resultado 7.3.5) son generacionales y son parte de cambios socioculturales en las comunidades rurales y las poblaciones urbanas que se expresan en las relaciones interpersonales, familiares y comunitarias, este escenario plantea al equipo de trabajo operativo de EIS, el desafío de contar con capacidades para generar procesos de empatía social, sensibilidad y respeto a las diversidades sexuales y de género, de comunicación respetuosa para expresar pensamientos y necesidades sobre SDSR y prevención de violencia, pensamiento crítico para analizar normas, roles, discursos sobre el machismo, la violencia o la discriminación, así como capacidades de dialogo y trabajo colectivo reconociendo voces diversas, para negociar y construir propuestas colectivas para la igualdad. Por otra parte, desde un enfoque intercultural, estos procesos plantean el desafío de recuperar y fortalecer los valores y prácticas comunitarias favorables a la igualdad para adaptarlos a los desafíos de la sociedad actual.

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

- Para promover desde las redes de jóvenes, cambios en las tendencias naturalizadas de aprendizaje de la violencia patriarcal, (Vinculado a Conclusión 1 y 3. Resultado 7.3.3 y 7.3.4), es recomendable desarrollar capacidades de adolescentes y jóvenes hombres para la contención de la violencia, analizando el ciclo de la violencia en las relaciones de pareja, impactos en mujeres y hombres, sobre masculinidades no violentas, gestión de emociones, desarrollando procesos de deconstrucción de identidades y conductas con rasgos patriarcales y de afirmación de patrones de igualdad. Así como capacitar e impulsar prácticas de solución de conflictos sin violencia. Estos procesos se desarrollarán con metodologías de género vivenciales y serán facilitados por pares hombres. Se espera tengan resultados en la contención de la VBG y la VSBG y cambios progresivos en las identidades masculinas patriarcales, contribuyendo a la construcción de relaciones de respeto, igualdad y justicia entre mujeres y hombres.

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.

- Las barreras de un entorno patriarcal que enfrentan las AJM para tomar decisiones sobre su sexualidad y para denunciar la violencia, así como las señales de la existencia de actitudes y prácticas de respeto a los DSR de las AJM, (Vinculado a Conclusión 1. Resultado 7.3.1.) son oportunidades para incidir en la construcción de relaciones de igualdad, a través de una estrategia

dirigida a las AJM, con el objetivo de desarrollar sus capacidades para la toma de decisiones y de participación en espacios públicos en base a procesos de capacitación en SDR y de desarrollo de habilidades psicosociales que fortalezcan su autoestima y desarrollen su autonomía con metodologías participativas teórico prácticas que permitan el monitoreo del desarrollo de capacidades de expresión, toma de decisiones sobre SDR y participación en espacios organizativos y de liderazgo, con resultados que contribuyan a la construcción de relaciones más equitativas y de justicia entre mujeres y hombres.

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.

- Para capacitar a madres y padres y desarrollar habilidades para transmitir a sus hijas e hijos, tomando en cuenta su rol en la reproducción de las relaciones de género, y ante el reconocimiento de visiones generacionales y culturales diferenciadas (Vinculado a Conclusión 4. Resultado 7.3.5), el Ministerio de Educación debe fortalecer los programas de EIS dirigidos a padres, madres y líderes comunitarios de manera continua y con materiales culturalmente apropiados con una pedagogía del género transformador, que busque cuestionar y redefinir las prácticas educativas tradicionales en el ámbito familiar y comunitario. Este enfoque promueve:
 - Reflexión crítica; de madres y padres sobre sus propias creencias y actitudes de género, reconociendo cómo estos influyen en la formación de sus hijos.
 - Educación en igualdad; que fomenta la enseñanza de valores como la equidad, el respeto y la empatía, para desarrollar relaciones más justas y libres de violencia.
 - Recuperar y fortalecer valores y prácticas comunitarias favorables a la equidad y la igualdad en las relaciones de género.
 - Participación activa; impulsa el involucramiento de ambos; padres y madres en tareas de prevención de la VBG y la VSBG. Implementar esta pedagogía requiere un compromiso consciente por parte de las familias para desaprender patrones tradicionales y adoptar prácticas que promuevan la igualdad de género desde el hogar y la comunidad. Al hacerlo, se sientan las bases para una sociedad más equitativa y libre de discriminaciones.

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.

- Articular las redes de adolescentes y jóvenes mujeres y hombres, en torno a agendas de acción coordinada, en temas de su interés (campañas ambientales, sociales) (Vinculado a Conclusión 2. Resultado 7.3.2), que permitan ganar experiencia, desarrollo de capacidades organizativas, de movilización colectiva y liderazgo. Así como en torno a una plataforma de incidencia política a nivel municipal y departamental, sobre temas priorizados en SDR y de PfVBG.
- Promover y fortalecer espacios y/o redes de adolescentes y jóvenes mujeres, generando procesos integrales de desarrollo de competencias sobre conocimientos, competencias para el fortalecimiento de la autoestima y autonomía y competencias para la incidencia política sobre SDR y 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.

- Los Gabinetes de Atención Integral a Estudiantes (GAIE) son una iniciativa innovadora originada en Chuquisaca. Surge de una reflexión de UNFPA y SEDUCA, sobre acciones fragmentadas en salud y educación en la atención a adolescentes.
- El GAIE, es un servicio psicosocial integral y de orientación en educación integral de salud que promueve el desarrollo de aprendizajes en sexualidad en la unidad educativa. 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; actividades extracurriculares de prevención, promoción y atención.
- La comunidad educativa, está integrada por: estudiantes, maestras y maestros, madres, padres de familia y tutoras/es⁴.

1.4. Normas sociales

Desmontar las normas sociales que sostienen el control patriarcal sobre el cuerpo, la memoria, el tiempo, el territorio y el movimiento de las AJM requiere una EIS verdaderamente integrada, que debe aplicarse de forma articulada en el sistema educativo, los servicios de salud, protección y en la comunidad, promoviendo el ejercicio pleno de los DSR, la igualdad de género, la inclusión, VBG y la violencia sexual en este marco se recomienda de manera general el fortalecimiento de la EIS hasta que esta tenga el enfoque holístico y centrado en los derechos, enfoque de género e interseccionalidad, enfoque basada en evidencia y culturalmente pertinente que se aplique con la participación activa de AJM, AJH, OS, prestadores de servicios y autoridades locales en su diseño, implementación y evaluación.

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 1111: Apoyo prestado al Ministerio de Educación y la Unidad Especializada de Formación Continua (UNEFCO) para la implementación de la EIS.

- Para abordar el control del cuerpo, la memoria, el tiempo, el territorio y el movimiento de las AJM y desmontar las relaciones de poder del patriarcado, con AJM en UE (Conclusión 1 basada en resultados: 7.1.1, 7.4.5, 7.5.4 y 7.4.7) se recomienda promover la EIS integradora estableciendo un modelo y un sistema de monitoreo y evaluación de resultados e impactos, asegurando su calidad, pertinencia y mejora continua.

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.

- Para desmontar normas sociales patriarcales con AJM en comunidades rurales alejadas (Conclusiones 8.1, 8.2 y 8.3 en base a resultados 7.4.1, 7.4.2, 7.4.3, 7.4.5 y 7.4.9) se recomienda crear espacios seguros y de confianza para AJM, círculos de confianza o “grupos de chicas” donde

⁴ Dirección Departamental de Educación de Chuquisaca (2023). La GAIE una Experiencia Innovadora: Sistematización de la experiencia de trabajo en la implementación de la EIS. Chuquisaca UNFPA

las adolescentes, encuentren un entorno de contención donde puedan expresarse sin miedo a ser juzgadas o reprimidas. Serán facilitados por mujeres jóvenes de la comunidad o educadoras pares, donde las AJM puedan compartir experiencias, aprender sobre sus derechos, sexualidad, autoestima, y reconocer que no están solas. Dotar a estas líderes y círculos de confianza con dinámicas lúdicas, cuentos, teatro u otras como medios de expresión emocional y reflexión sobre lo que viven, evitando espacios de confrontación directa.

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.

- Para abordar prevenir la violencia sexual, los MUFT y el embarazo adolescente como mecanismos de control estructural de las AJM para reproducir las relaciones de poder establecidas por el sistema patriarcal (Conclusión 2, basada en resultados: 7.4.2., 7.4.3, 7.4.5 y 7.4.8) se recomienda sistemas comunitarios e institucionales coordinados para prevenir la violencia sexual, los MUFT y el embarazo adolescente mediante la aplicación de la EIS integrada comunitaria articulada a servicios de salud, educación y protección y la activación de redes comunitarias de protección, y la aplicación efectiva de las normas vigentes de VBG, VSBG y MUFT que contemplen la diversidad de contextos con la finalidad de dismantelar mecanismos estructurales de control sobre las AJM y garantizar su seguridad, bienestar y proyecto de vida libremente elegido. Esta propuesta también se aplica para educadoras/es pares y prestadoras/es de servicios (RI1220, P1221; RI1230, P1231).
- Para desmontar normas sociales patriarcales con madres, padres de familia y comunidades rurales alejadas (Conclusiones 8.1, 8.2 y 8.3 en base a resultados 7.4.1, 7.4.2, 7.4.3, 7.4.5 y 7.4.9) se recomienda conformar e implementar escuelas de madres, padres y cuidadores, facilitadas por promotoras de IGI y SSR, donde madres y padres encuentren ambientes amenos de diálogo sobre los problemas que les preocupa en base a enfoques despatriarcalizadores y de corresponsabilidad, donde se reflexione sobre el impacto del control, el miedo al “qué dirán” y las consecuencias de no escuchar a las hijas. Proveerle de metodologías de trabajo para el dialogo y testimonios o experiencias de otras familias que han comenzado a confiar en sus hijas, mostrando que es posible transformar sin perder los valores comunitarios.

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

- Para transformar los modelos hegemónicos de masculinidad y fortalecer el compromiso de los AJH en la prevención de la violencia y la igualdad de género (Conclusión 3 en base a resultados:74.6, se recomienda fortalecer el programa de formación de masculinidades transformadoras con: a) el uso de metodologías que faciliten el desarrollo de conciencia crítica incluyendo espacios de diálogo con hombres que pueden servir de modelos o referentes positivos de masculinidad transformadora y analizar testimonios de hombres locales que cambiaron sus prácticas para fomentar la IGI, la prevención de la VIBG; b) la articulación con el EIS integrado comunal; y c) la aplicación del sistema de monitoreo y evaluación de resultados e impactos, asegurando su calidad, pertinencia y mejora continua del programa.

Producto 1133: Asistencia técnica prestada para reforzar los mecanismos comunitarios, incluida la identificación de riesgos y la denuncia de violación de los SDSR de las AJM.

- Para abordar la prevención de la violencia sexual, los MUFT y el embarazo adolescente como mecanismos de control estructural de las AJM para reproducir las relaciones de poder establecidas por el sistema patriarcal (Conclusión 2, basada en resultados: 7.4.2., 7.4.3, 7.4.5 y 7.4.8) se recomienda incluir en la asistencia técnica el reforzamiento de mecanismos comunitarios, incluida la identificación de riesgos y la denuncia de violación de los DSR de las AJM, la activación de redes comunitarias de protección, y la aplicación efectiva de las normas vigentes de VBG, VSBG y MUFT que contemplen la diversidad de contextos con la finalidad garantizar la seguridad, bienestar y proyecto de vida libremente elegido de AJM. Esta propuesta se aplica también para personal de salud y protección (RI 1200 P 1211, P 1221).

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 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.

- Involucrar activamente a la comunidad en los sistemas de vigilancia de la SSR con la aplicación de un sistema de monitoreo y evaluación de resultados e impactos, asegurando su calidad, pertinencia y mejora continua del sistema de vigilancia de la SSR en la comunidad en el marco de la EIS integrada con educación, protección y comunitario (Conclusión 1 basada en resultados: 7.1.1, 7.4.5, 7.5.4 y 7.4.7).
- Incluir en el sistema de vigilancia de la SSR basado en la comunidad la activación y apoyo de redes comunitarias de protección, y la aplicación efectiva de las normas vigentes de VBG, VSBG y MUFT que contemplen la diversidad de contextos con la finalidad de dismantelar mecanismos estructurales de control sobre las AJM y garantizar su seguridad, bienestar y proyecto de vida libremente elegido (Conclusión 2, basada en resultados: 7.4.2, 7.4.3, 7.4.5 y 7.4.8).

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 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.

- Para dismantelar el control que el sistema patriarcal ejerce sobre el cuerpo, la memoria, el tiempo, el territorio y el movimiento de las AJM (Conclusión 1 basada en los resultados: 7.1.1, 7.4.5, 7.5.4 y 7.4.7), se recomienda que el proyecto REACH elabore e implemente una estrategia educativa integradora, en carácter de piloto. Esta estrategia debe articular acciones educativas en los ámbitos de salud, educación, protección y comunidad, involucrando activamente a personal comunitario como promotoras o activistas. Asimismo, debe aplicarse con familias y comunidades para generar evidencia empírica que sirva de referencia. Se sugiere que esta estrategia incluya un sistema de monitoreo y evaluación de resultados e impactos, que garantice su calidad, pertinencia y mejora continua.

1.5. Garantes de derechos e instituciones

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.

- Promover desde las redes multisectoriales espacios de diálogo para problematizar las relaciones de poder y distribución del poder, discriminación y exclusión de AJM y AJH, con personal de salud, de la DNA y SLIMS y educación para sensibilizarlas/os y sean aliados para desarrollar acciones con enfoque de género que realmente desafíen y cambien las relaciones de poder que perpetúan la desigualdad y la violencia hacia las y los adolescentes y jóvenes en toda su diversidad. (Conclusión 3. Resultado 7.5.2). Estos espacios pueden realizarse al inicio y medio términos del proyecto.

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.

- Es indispensable impulsar desde el proyecto en coordinación con las redes multisectoriales, que el personal de servicios de salud/centro AIDA, deba reforzar la coordinación con el SEDES, para asegurar la provisión de insumos para la atención de servicios de SSR de adolescentes y de la ILE en caso de AJM embarazadas, de modo que se dé una respuesta institucional efectiva eliminando la barrera de falta de insumos que limita la toma de decisiones informadas sobre su cuerpo y sexualidad de las AJM (Conclusión 2. Resultados 7.2.6 y 7.4.10).

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.

- Para influir en las dificultades de acceso de las AJM a servicio, (Resultado 7.2.6).se recomienda que A partir de las redes multisectoriales y con el apoyo del proyecto, definir mecanismos de referencia y contrarreferencia entre instituciones, y organizaciones comunitarias, promotoras, organizaciones de mujeres, con rutas claras de atención, especialmente para la dar respuesta a casos de violencia y vulneración de DSR, recuperando, experiencia y buenas prácticas de sus integrantes. La finalidad es ofrecer una respuesta efectiva, pronta y adecuada a las AJM en toda su diversidad disminuyendo las limitaciones de acceso geográfico especialmente de las que viven en zonas rurales y alejadas promoviendo su autonomía y ejercicio de sus DSR libre de violencia y 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 SDR de adolescentes y jóvenes a nivel comunitario, municipal y departamental.

- Para mejorar la coordinación de instituciones y organizaciones de la sociedad civil (Conclusión 3. Resultado 7.5.4), se recomienda promover desde el proyecto y en coordinación con autoridades del Ejecutivo municipal, Ministerio de educación o Direcciones distritales de educación, y Servicio Departamental de Salud o gerentes de redes de salud, la conformación y/o fortalecimiento de instancias/mesas/redes multisectoriales locales con la participación de representantes de salud, educación, SLIM, DNA, instituciones que trabajan en el tema, organizaciones sociales, promotoras/es comunitarias/os, COSOMUSA. Esto busca asegurar la participación de adolescentes y jóvenes, con la finalidad de realizar sinergias entre todos las/os actores locales para impulsar acciones desde una mirada integral y transformadora y el seguimiento a la IGI, SDR y PfV BG/VSBG de las/os adolescentes y jóvenes.
- Para garantizar el funcionamiento de la instancia multisectorial (Conclusión 3. Resultado 7.5.4) se recomienda establecer un ente rector en cada municipio, que facilite, impulse y apoye el funcionamiento de esta instancia/red/plataforma de coordinación multisectorial. Se sugiere que de manera participativa en cada municipio determinen entre todos/as las/os integrantes, quien o quienes serán la/s institución/es que lideren.
- Para influir en el compromiso de las autoridades en temas como la EIS, IGI, PfV BG (Conclusión 1. Resultado 7.5.1) se recomienda desde el proyecto desarrollar procesos de sensibilización y capacitación a autoridades del GAM, salud y educación, sobre marco legal que favorece el ejercicio de derechos, SDR, EIS y PfV; con enfoque de género, inclusión interseccionalidad, así como, en presupuestos sensibles al género (podría ser vía virtual y en horario conveniente a todos/as). Esto, podría generar mayor apertura de las autoridades a incorporar políticas inclusivas que garanticen el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios diferenciados y sin discriminación y contribuyan de-construcción de estructuras patriarcales que perpetúan la violencia y la desigualdad.
- Para mejorar el enfoque de trabajo de la instancia multisectorial hacia la IGI, EIS, PfV, en el marco de los SDR de los y las adolescentes (Conclusión 3. Resultado 7.5.4), se recomienda que desde el proyecto se desarrollen talleres de sensibilización y capacitación de los/as integrantes de las redes en: a) enfoque transformador de género; b) igualdad de género, inclusión interseccionalidad; c) corresponsabilidad de tareas de la casa y trabajo de cuidado; d) marco legal que favorece el ejercicio de derechos, SDR, EIS y PfV BG/VSBG, que contribuirá a desarrollar un trabajo conjunto, con enfoque integral, de género y despatriarcalización.

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 la edad.

- Para influir en que las autoridades tomen en cuenta las necesidades de las/os adolescentes (Conclusión 1. Resultado 7.5.1) se recomienda fortalecer los conocimientos y habilidades de las/os integrantes de organizaciones juveniles a través de procesos de formación en temas como: marco normativo favorable a los derechos de adolescentes, liderazgo, abogacía, incidencia política, presupuestos sensibles al género con enfoque de derechos y despatriarcalización para que estén preparados para realizar acciones de incidencia con las autoridades en su calidad de garantes de derechos asuman compromiso para impulsar la igualdad de género y los derechos SSR de adolescentes y jóvenes.

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 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.

- Para influir en las decisiones políticas que perpetúan la desigualdad y discriminación (Conclusión 1. Resultado 7.5.1), se recomienda desde el proyecto, apoyar a procesos de planificación participativa de las instancias públicas de salud, educación y del GAM, para garantizar la participación de adolescentes y jóvenes, quienes, con su agenda en mano, puedan hacer escuchar sus voces e incluir sus propuestas que contribuyan a la igualdad de género y al ejercicio de sus derechos a la EIS, SSR libre de violencia y discriminación, en los planes sectoriales de las instancias públicas.
- Para influir en las barreras institucionales que impiden el acceso de AJM a servicios de SSR y PfV (Conclusión 2. Resultado 7.2.6 y 7.4.10), se recomienda impulsar desde el proyecto la construcción de una agenda de adolescentes y jóvenes por departamento, que incluya, la adecuación de consultorios o implementación de centros AIDA, con equipamiento e insumos y materiales adecuados, para disminuir las barreras institucionales que limitan el acceso a servicios de SSR, la toma de decisiones informadas sobre sus cuerpos, su sexualidad, maternidad y el ejercicio de DSR de adolescentes y jóvenes. La agenda se utilizará para incidir en políticas públicas.

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.

- Para generar sensibilidad y compromiso en las autoridades para la priorización de temas de EIS, IGI, PfVBG (Conclusión 1. Resultado 7.5.1) se recomienda promover desde el proyecto, la participación de autoridades del GAM, salud y educación del nivel local, departamental y nacional en reuniones o actos de difusión de los resultados de los estudios realizados en el marco del proyecto, para influir en las políticas públicas que perpetúan la desigualdad, la discriminación y la violencia hacia adolescentes y jóvenes en todas sus diversidades.

10. Amenazas, riesgos y medidas de mitigación (Objetivo 3).

De acuerdo al análisis de la información recolectada en el estudio se identificaron algunas situaciones que pueden considerarse riesgos y/o amenazas para el desarrollo de las actividades del proyecto, o bien para el alcance de sus objetivos.

10.1. Roles y responsabilidades

En el marco del proyecto REACH pueden surgir diversas amenazas como la resistencia y el rechazo comunitario al cambio, la estigmatización de liderazgos femeninos, conflictos familiares o comunitarios derivados de la redistribución de poder que supone la ocupación de espacios y toma de decisiones por parte de AJM, la instrumentalización de discursos religiosos o culturales para frenar el avance del proyecto. Estas amenazas pueden tener como efecto el posible sabotaje al proyecto por parte de personas influyentes o líderes/as locales (adultos mayores), y un aumento de violencia de género hacia quienes promuevan o ejerzan estos derechos.

Para mitigar estas amenazas, se recomienda consolidar alianzas con líderes/as locales y figuras de influencia que puedan legitimar y garantizar el desarrollo de las acciones del proyecto planificadas; fortalecer las redes de adolescentes y jóvenes y articulación con organizaciones de mujeres y diversidades sexuales y de género, para apoyar a las defensoras de DSR (R 1130. P 1131).

10.2. Acceso y control de recursos

1. Oposición a la ILE por personal de salud y la comunidad.

Cuando se aborda la prestación de la ILE con personal de salud surgen algunos temas que podrían considerarse como riesgo. Por un lado, ellas/ellos interponen la oposición de la comunidad frente a la ILE y el hecho de que manejan los casos al interior de las familias, como un motivo para no brindar información o el servicio en sí. Lo que se observa es que la práctica de los centros de salud de primer nivel es delegar la responsabilidad hacia otros servicios. En algunos casos, esto puede significar retrasos en la atención con la consecuente pérdida de la celeridad que se requiere, o peor aún, que la adolescente o joven no tenga la posibilidad de llegar al otro servicio y no reciba la atención que necesita. Entonces, el riesgo para el proyecto podría ser el dejar de cumplir con los objetivos de promover el acceso a la ILE.

Es importante tomar en cuenta que, según la normativa vigente la ILE, antes de las 14 semanas, no requiere una resolución de un servicio de segundo nivel, pues los centros de salud tienen la capacidad de dar la atención en ILE con medicamentos.

Las medidas de mitigación que se pueden tomar son, por una parte, coordinar con el SEDES la capacitación al personal para el manejo de ILE con medicamentos, asegurando la provisión de esos insumos en los servicios. Por otro lado, abordar la resistencia del personal de salud a trabajar el tema, específicamente haciendo énfasis que la norma no permite la objeción de conciencia, asegurando la disponibilidad de los insumos. Por último, reforzar la difusión de la normativa, especialmente la relacionada con los embarazos a consecuencia de violación sexual y cuando la vida de la mujer está en riesgo, con dirigentes de organizaciones, madres y padres de familia, para generar apertura al tema como un problema de salud pública y que no se restringe a una resolución al interior de las familias (RI 1130, P 1131).

La oposición de organizaciones sociales a la aplicación de la ILE, basada en razones morales y de creencias, puede derivar en campañas de desinformación, presión social, e incluso hostigamiento. Esto puede limitar la promoción y el acceso a estos servicios. Esta situación podría disuadir a usuarias que solicitan el servicio, obstaculizar la posibilidad de denuncias de violencia sexual, exacerbar las posiciones radicales de grupos anti-derechos y reforzar la resistencia del personal de salud para cumplir con la normativa.

Para mitigar los riesgos asociados a la aplicación de la ILE, se propone una estrategia integral que incluya la implementación de campañas de sensibilización y educación comunitaria basadas en evidencia, la difusión de la normativa de la ILE desde el marco de los DSR y como un tema de salud pública, difundir testimonios anónimos que ayuden a desmontar estigmas y definir protocolos de seguridad para usuarias y personal ante posibles hostigamientos o agresiones. Asimismo, se sugiere establecer alianzas estratégicas con organizaciones de derechos humanos, asociaciones médicas, redes feministas y medios de comunicación confiables para contrarrestar la desinformación y promover el acceso al servicio. El compromiso de instituciones de protección del nivel departamental y nacional que respalden la realización de las campañas de sensibilización facilita la internalización del concepto de legalidad y legitimidad de derecho. Finalmente, se recomienda la creación de un sistema de monitoreo y respuesta frente a acciones hostiles, discursos de odio o campañas de desinformación, con capacidad para actuar de manera rápida y eficaz (RI1130, P1133)

2. Oposición a la EIS, DSR y apoyar a diversidades sexuales y de género.

En el estudio se ha identificado algunas reacciones de oposición a la EIS, SSR (Resultado 7.5.5) y a aceptar personas de diversidades sexuales y de género (Resultado 7.2.6.) vinculadas con mensajes de iglesias o personas adultas. Esto puede llevar a la estigmatización de adolescentes y jóvenes que buscan información o apoyo, creando un ambiente de miedo vergüenza y limitar el acceso a información o servicios e incluso hablar abiertamente sobre estos temas y sus experiencias de violencia o discriminación, siendo las adolescentes y jóvenes y personas de diversidades sexuales y de género más susceptibles a situaciones de vulneración a sus DSR y a una vida libre de violencia. Asimismo, el proyecto puede ver afectado el impacto de sus acciones o que éstas no puedan desarrollarse adecuadamente.

Para neutralizar estos discursos una medida de mitigación es construir una narrativa para la SDSR de adolescentes que contrarreste las campañas de los movimientos antiderechos, por ejemplo, que solo madres y padres de familia pueden educar a sus hijas/os en estos temas. La narrativa puede hacer énfasis, en el enfoque de SSR y los embarazos adolescentes como problemas de salud pública y el impacto positivo en los planes de vida de AJM y AJH (RI 1130. P 1131).

En el marco de las campañas de sensibilización y movilización social hacer énfasis en promover la igualdad de género y los derechos sexuales, utilizando redes sociales y medios de comunicación para difundir mensajes positivos y contrarrestar desinformación que los grupos antiderechos propagan. Así mismo, en las campañas promover historias de éxito y modelos a seguir que desafíen las narrativas de los grupos anti derechos. Esto puede inspirar a otros a unirse a la causa y a luchar por sus derechos (RI 1130. P 1131).

Por último, formar alianzas con organizaciones de la sociedad civil, grupos feministas y defensores de derechos humanos para crear un frente unido contra este tipo de oposición. La colaboración puede amplificar el impacto de las acciones y generar un cambio más significativo (RI 1310. P 1311).

10.3. Participación y toma de decisiones

1. Incremento de la violencia en el contexto de crisis económica y social.

La identificación de los niveles de VBG y VSBG, por madres, padres, lideresas y líderes comunitarios, así como por las mismas AJM, muestran su particular importancia para la igualdad de género, por sus impactos negativos en el cuerpo, el espacio y movimiento de las AJM, el incremento de la violencia de género hacia las AJM es un recurso frecuente para no redistribuir espacios de poder y silenciar y castigar a quienes desafían ese poder patriarcal.

Según la probabilidad de que los índices de violencia se incrementen, la amenaza de VBG y de VSBG se convertirá en riesgo especialmente para las AJM, si en el contexto se intensifican las condiciones estructurales que sustentan la violencia; como la crisis económica, el debilitamiento de la calidad de los servicios de SSR y de protección por las limitaciones de sus presupuestos, la falta de procesos de EIS y de apoyo de las familias.

Asimismo, es una amenaza para el cumplimiento de los objetivos del proyecto REACH, el crecimiento de los índices de relaciones sexuales de AJM y AJH sin protección, que promueve la resistencia al uso de MAC, por la prevalencia de prejuicios y estereotipos en la población y la falta de procesos de EIS especialmente en unidades educativas.

También puede considerarse una amenaza para el cumplimiento de los objetivos del proyecto REACH, el riesgo de incremento de los indicadores de casos de embarazo adolescente y de

MUTF, en ausencia de campañas informativas y de procesos de EIS para todos los actores del proyecto, en un contexto de debilitamiento de las instituciones prestadoras de servicios para las AJM y AJH.

Ante la probabilidad de que ocurran esos riesgos que afectarían los indicadores de resultados y de impactos del proyecto REACH, se considera que las medidas de mitigación comunes a los riesgos descritos y al alcance del proyecto son, el inicio y desarrollo de procesos de educación y capacitación en DSR para todos los actores, con metodología adecuada a los grupos de edad y de mujeres y hombres, para asegurar su efectividad, resultados e impactos de cambio en los factores de riesgo (RI 1130, P 1131).

2. Participación condicionada por intereses de grupos de la población objetivo.

Otro riesgo está referido a la instalación de prácticas que generen conflictos con grupos de la población meta. Esta reflexión surge a partir del pedido de unos padres (hombres) de participar en grupos focales a cambio de material entregado por proyecto. Más allá del valor material que puede tener un artículo que se puede dar a cambio del tiempo que brindan las personas para participar en una actividad, es necesario romper lógicas que podrían interpretarse como pago por la participación, que lejos de empoderar, pueden generar relaciones de poder inequitativas.

Para enfrentar estas situaciones, como medidas de mitigación, se pueden plantear dos escenarios. El primero, es fortalecer la importancia de la participación para compartir saberes, conocimientos desde la horizontalidad y proponer soluciones colectivas en cada etapa del proyecto (planificación, ejecución, monitoreo y evaluación). Es evidente que en muchos casos la población tiene necesidades urgentes básicas que atender y el tiempo que brindan a una actividad les limita la generación de ingresos. El valorar y monetizar el tiempo de participación de la población como contraparte del proyecto, puede generar mayor compromiso e involucramiento. El segundo escenario, en caso de que sea muy necesario, buscar conjuntamente alternativas creativas de retribución no monetaria, por ejemplo, plantear el pago de crédito en los celulares. (RI 1130, P1131).

Un efecto generado por la implementación del proyecto es que, en la realización de algunos talleres y reuniones, da la oportunidad a algunas mujeres u organizaciones de las comunidades de apoyar con la provisión del servicio de refrigerios. Esto es positivo en el sentido de que abre una opción de generación de ingresos en contextos de una economía empobrecida de los grupos a los que se llega. Por otro lado, desde la perspectiva de las organizaciones de mujeres, esto puede generar diferencias en el acceso a oportunidades que estarían concentradas solamente en algunos liderazgos y, a largo plazo, generar conflictos internos que afectarían su participación en las actividades y objetivos del proyecto.

La medida de mitigación en este caso sería democratizar la posibilidad de brindar el servicio al interior de la organización o entre todas las organizaciones que participan, asegurando que este beneficio externo sea más equitativo. Será importante abrir un espacio de análisis y consenso junto con todas las involucradas (RI 1130, P1131).

10.4. Normas sociales

1. Reacciones de rechazo y resistencia ante acciones para frenar los MUTF.

La implementación de estrategias para prevenir y frenar los MUTF puede enfrentar resistencia significativa debido a que esta práctica está normalizada en algunas comunidades (7.4.9), aceptada socialmente y utilizada como un recurso para enfrentar embarazos de adolescentes o

por problemas económicos. La promoción de la normativa que prohíbe y sanciona estas prácticas puede afectar intereses familiares o comunitarios y provocar protestas o rechazo social, lo que pondría en riesgo la ejecución y la participación de las AJM en las actividades de promoción de los DSR por medio de la estigmatización de las denuncias. Asimismo, podría afectar a los servicios de protección de niñas y adolescentes, por medio de la presión, persuasión y control social a la gestión de estos servicios.

Para abordar y mitigar la persistencia de los MUTF, se propone una estrategia integral basada en la educación comunitaria, mediante procesos de sensibilización dirigidos a líderes, familias y jóvenes que expongan los efectos negativos de estas prácticas desde perspectivas de salud, derechos humanos y desarrollo, utilizando historias de vida para visibilizar sus efectos reales. Esta estrategia debe complementarse con una participación comunitaria activa y la construcción de alianzas locales, involucrando a actores clave como profesoras/es, personal de salud, líderes/as y organizaciones indígenas, así como el establecimiento de mesas de diálogo que permitan adaptar las intervenciones al contexto cultural sin comprometer la protección de niñas y adolescentes.

Fortalecer el componente de empoderamiento de adolescentes y jóvenes mujeres, conectando con otros proyectos o iniciativas de becas, profesionalización y generación de ingresos económicos, porque una de las razones es la dependencia económica que se genera por la precaria situación económica de las familias (RI 1120, P1121).

Otra medida importante son las campañas mediáticas para facilitar la inclusión del marco legal en la memoria colectiva de las AJM en especial y padres y madres de familia. Se debe fortalecer los mecanismos de denuncia accesibles, seguros y confidenciales, junto con la capacitación del sistema judicial y servicios sociales para identificar y atender adecuadamente estos casos. Por último, el proyecto REACH puede sumarse a las acciones para la aprobación del Proyecto de Ley que prohíbe los matrimonios y uniones tempranas forzadas (RI 1130, P1133).

Entre algunas medidas para enfrentar estos riesgos, se recomienda:

- Incluir en la narrativa de las organizaciones sociales, a través de diversos medios, la independencia religiosa y política de los temas del proyecto, reconociendo su corresponsabilidad en garantizar el cumplimiento de los derechos de las/os adolescentes en particular (RI: 1130 - P: 1131).
- Formar alianzas con organizaciones de la sociedad civil, grupos feministas y defensores de derechos humanos para crear un frente unido contra los grupos anti derechos (RI 1310 - P: 1311).
- Desarrollar procesos de sensibilización y capacitación hacia padres/madres, organizaciones comunitarias, autoridades del sector salud, educación y protección frente a la violencia, para que los temas del proyecto sean comprendidos y asumidos por la comunidad atendiendo la demanda (RI: 1130 - P: 1131).
- Promover espacios de información, reflexión y análisis con actores/as de la comunidad en sus espacios regulares establecidos, a partir de la incorporación de los temas del proyecto en la agenda de las organizaciones comunitarias (RI: 1130 -P: 1131).
- Fortalecer el liderazgo y participación de adolescentes y jóvenes en espacios de decisión de la comunidad, salud, educación y GAM, para potenciar sus demandas manifiestas sobre SDRS, acceso a MAC y gestionar asignación de recursos (RI: 1320 - P: 1321).

10.5. Garantes de derechos

1. Falta de reconocimiento de autoridades comunitarias en la coordinación.

La falta de reconocimiento y respeto hacia las autoridades comunitarias por parte de las instituciones a partir de la información recogida de organizaciones sociales sobre dificultades en la coordinación entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil, revela como las estructuras patriarcales que se mantienen, le da más valor a las instituciones formales por sobre los conocimientos y liderazgos locales, obstaculizando su visibilización y participación en la toma de decisiones, en procesos de planificación, ejecución y evaluación sobre sus derechos, en este caso los derechos a la SSR libre de violencias y discriminación de los/as adolescentes y jóvenes, como consecuencia no son tomadas en cuenta sus necesidades, experiencias lo que reduce la pertinencia y efectividad de las intervenciones. Si las autoridades no son vistas como legítimas, su capacidad para movilizar recursos y coordinar acciones se ve comprometida.

Para mitigar el riesgo de la falta de reconocimiento de autoridades comunitarias que limita que limita su visibilización y participación en la toma de decisiones, en procesos de planificación, ejecución y evaluación para el apoyo y seguimientos a la IGI, PFV, EIS y los derechos a la SSR libre de violencias y discriminación de los/as adolescentes y jóvenes (Resultado 7.5.3), se recomienda promover un cambio cultural que valore y legitime los liderazgos comunitarios, reconociendo su conocimiento, experiencia y contribución, desarrollando espacios de diálogo, de confianza de respeto mutuo y de escucha activa, donde se revise y analice el marco normativo que favorece la participación comunitaria de mujeres y jóvenes en la gestión pública, en diversos niveles de gobierno, asimismo, se debe mantener una comunicación permanente para garantizar su involucramiento en la instancia de coordinación multisectorial y recuperar sus aportes y experiencias en la planificación de actividades a desarrollar y la ejecución de las mismas (RI:1310. P:1311).

Se recomienda incorporar en las campañas de sensibilización y cambio cultural planteadas en el proyecto, la valoración de los conocimientos y liderazgos comunitarios, en la protección y promoción de derechos de adolescentes y jóvenes y su participación en espacios de toma de decisión (RI:1220. P:1222). Esto fortalecerá la participación comunitaria, facilitará la implementación de acciones con enfoque de género y que las intervenciones sean culturalmente pertinentes y sostenibles.

2. Injerencia político partidaria una amenaza para la coordinación interinstitucional y avances hacia la IGI, EIS, PfV y DSR.

La injerencia política partidaria identificada en las dificultades en la coordinación entre instituciones y organizaciones de la sociedad civil, devela una sobreposición de los intereses político partidarios ante las necesidades de la población, porque las agendas políticas partidarias priorizan intereses particulares que no necesariamente se alinean a las necesidades, los derechos y necesidades de las adolescentes, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad, reproduciendo relaciones de poder desiguales. Esto puede limitar la participación y autonomía de las organizaciones que trabajan en la promoción de derechos, dificultando la implementación de acciones efectivas y sostenibles. Así mismo, obstaculizar la construcción de alianzas genuinas y la participación activa de la comunidad y las adolescentes en instancias de coordinación y de toma de decisiones. Se pierde la oportunidad de unir esfuerzos y recursos para contribuir a la IGI, PfVBG/VSBG y la promoción del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes.

Para mitigar la amenaza de la injerencia política partidaria identificada como amenaza para la coordinación y promoción la IGI, EIS, PfV y el ejercicio de los DSR (Resultado 7.5.3), se recomienda, desarrollar reglamento de funcionamiento de la instancia de coordinación multisectorial que incluya un inciso que declare la independencia política partidaria de la instancia y que se prioriza por sobre todo interés particular, los intereses comunes para contribuir desde un enfoque transformador de género a la IGI, EIS y PfVBG/VSBG y el ejercicio de derechos, particularmente de los DSR libre de violencia y discriminación de las/os adolescentes. ((RI:1310-P:1311). En la planificación de la instancia multisectorial se debe incluir el seguimiento a las instancias públicas de Salud, educación y GAM reuniones o eventos para la socialización de planes operativos anuales a principio de año e informe de ejecución física y presupuestaria a medio años conocer, analizar y cuestionar o sugerir ajustes para que las políticas se implementen respondiendo a los problemas prioritarios de la comunidad desde un enfoque de género y despatriarcalización, en este caso de las/os adolescentes y jóvenes y se vayan implementado adecuadamente.(RI:1310- P: 1311).. Estas medidas no solo buscan mitigar los efectos de la injerencia política partidaria, sino que también promueven una transformación estructural que permita avanzar hacia una sociedad más justa, equitativa y libre de violencias. El enfoque de género y la despatriarcalización no deben ser elementos accesorios, sino ejes centrales para garantizar los derechos de las adolescentes y su plena ciudadanía.

3. La crisis económica pone en riesgo la implementación de acciones del proyecto y su sostenibilidad.

La actual crisis económica en Bolivia se constituye en una amenaza para la implementación del proyecto REACH, pudiendo tener un impacto negativo de diversas formas. Puede llevar a una reducción en el presupuesto público destinado a programas sociales y educativos, lo que podría afectar la implementación de iniciativas que promuevan la igualdad de género y la educación sexual. Otro impacto es que el gobierno y las instituciones pueden priorizar la recuperación económica sobre programas y proyectos sociales, resultando en una menor atención a los DSR y PFV, así como EIS que podrían ser considerados menos urgentes en un contexto de crisis. Por último, la crisis puede afectar desproporcionadamente a las mujeres, especialmente las adolescentes que están en situación de mayor vulnerabilidad. Esto puede llevar a un incremento en la desigualdad de género, dificultando aún más el acceso de adolescentes y jóvenes a la educación y a servicios de SSR, por cuanto, afectando negativamente a su autonomía, empoderamiento, participación y ejercicio de sus derechos.

Aunque la crisis económica puede desencadenar los riesgos mencionados, es fundamental mantener el enfoque en estos temas y fortalecer las políticas y programas que apoyan la IGI, la promoción de los DSR y la PfV de las AJM.

Para mitigar los efectos negativos de la actual crisis económica en Bolivia para la implementación del proyecto REACH (Resultado 7.5.3) se recomienda promover desde el proyecto, en coordinación con las organizaciones de mujeres, organizaciones juveniles y representantes de la comunidad que participan de la instancia multisectorial de coordinación, se puedan intensificar sus esfuerzos para abogar y exigir a las instancias públicas la priorización de programas, acciones y presupuestos sensibles al género para promover la IGI, el acceso de las/os adolescentes a información y servicios adecuados en SSR y PfVBG/VSBG (RI: 1320. P: 1321).

Finalmente, fomentar la colaboración entre diferentes sectores públicos, instituciones privadas como Plan internacional y ONGs que trabajan en estos temas para sumar recursos y abordar de manera conjunta la crisis económica y sus efectos en la IGI, los DSR y la PfVBG/VSBG. (RI: 1310. P: 1311)

11. Bibliografía

- Alianza por la Solidaridad (2021). *“Barreras para acceder a servicios públicos que limitan el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de Adolescentes en 8 municipios de Bolivia”*. La Paz, Bolivia. <https://www.alianzaporlasolidaridad.org/axs2020/wp-content/uploads/ESTUDIO-AIDAJ.pdf>
- Bravo, M., Quispe, E., & Vargas, V. (2018). *Cuerpos, territorios y feminismos. Aportes para pensar la vida desde Bolivia*. La Paz: Coordinadora de la Mujer.
- Cruz, D., Vázquez, E., Ruales, G., Bayón, M., García-Torres, M. (2017). *Mapeando el cuerpo - territorio, guía metodológica para mujeres que defienden sus territorios*. Colectivo Miradas Críticas del Territorio desde el Feminismo. Quito, Ecuador. <https://territorioyfeminismos.org/wp-content/uploads/2017/11/mapeando-el-cuerpo-territorio.pdf>.
- De La Gálvez Murillo C.A. (2024). *Situación de la producción de servicios de salud reproductiva en Bolivia*, OMMN www.aacps.org › o › oldmillmiddlesnorthInformación escolar, Separata No.1
- Estado Plurinacional de Bolivia (2009). *Constitución Política del Estado*. <http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/app/webroot/archivos/CONSTITUCION.pdf>
- Estado Plurinacional de Bolivia (2010). *Ley N° 031, Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Bóñez”*. <https://www.planificacion.gob.bo/uploads/marco-legal/Ley%20N%C2%B0%20031%20DE%20AUTONOMIAS%20Y%20DESCENTRALIZACION.pdf>
- Estado Plurinacional de Bolivia (2016). *Ley N° 777, Ley del Sistema de Planificación Integral del Estado-SPIE*. <https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/LEY%20777.pdf>
- Estado Plurinacional de Bolivia (2013). *Ley N° 342, Ley de la Juventud*. <https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/LEY%20342.pdf>
- Estado Plurinacional de Bolivia (2013). *Ley N° 348, Ley Integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia*. http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar_comp/348
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (2022). *Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en Bolivia: Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescente en países de América Latina y el Caribe*. https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/consecuencias_socioeconomicas_del_enbarazo_en_la_adolescencia_copia.pdf.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Plan International INC. (2020). *Matrimonio y uniones forzadas a temprana edad*. La Paz Bolivia. <https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ESTUDIO%20MATRIMONIOS%20Y%20UNIONES%20FORZADAS%20A%20TEMPRANA%20EDAD.PDF>.
- Gobierno Autónomo Municipal de Aiquile (2024). *Ley Municipal de Juventudes de Aiquile, N° 160*. Archivos del GAM de Aiquile
- González, M. & López, K. (2011). *Educación sexual integral en clave de género y derechos humanos*. Buenos Aires: Fundación Huésped / FLACSO Argentina.
- Guzmán, A. (2020). *Despatriarcalización de la vida - Plan de Formación en Género*. CEMSE. La Paz, Bolivia. https://cemse.edu.bo/wp-content/uploads/modulos-aprendizaje/MANUAL_DESPATRIARCALIZACION_2022.pdf
- Hernández, M. (2015). *Adultocentrismo y derechos de los niños: Un enfoque crítico y transformador*. Editorial Infancia y Sociedad.

- Ministerio de Educación. (2022). *Guía para una educación despatriarcalizadora*. https://www.minedu.gob.bo/index.php?option=com_k2&view=item&id=988:guia-para-una-educacion-despatriarcalizadora&Itemid=1200
- Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de Servicios de Salud y Calidad, (2010). *Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana*. https://comunidad.org.bo/assets/normativas/plan_adolescencia.pdf
- Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de Servicios de Salud y Calidad, (2018). *Cartilla de salud sexual y reproductiva, consentimiento informado y métodos anticonceptivos*. https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Area_Continuo/dgss_acon_n_46_cartilla_salud_sexual.pdf
- Montoya, M. A. (2012). *Educación sexual desde una perspectiva de derechos: aportes para su implementación en América Latina*. Bogotá: CLADEM / Profamilia.
- Naciones Unidas (2020). *Estado de la población mundial 2024: Vidas entrelazadas, hilos de esperanza. Eliminar las desigualdades en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos*. <https://lac.unfpa.org/es/publications/estado-de-la-poblaci%C3%B3n-mundial-2024>
- Rivera Cusicanqui, S. (2010). *Ch'ixinakax utxiwa: Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores*. La Paz: Tinta Limón Ediciones / Yachaywasi.
- Segato, R. L. (2018). *Contra-pedagogías de la crueldad*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Terrazas, C. (2023). *Balance sobre el progreso y las brechas en la implementación de los derechos, salud y justicia sexual y reproductiva en el 10° aniversario del consenso de Montevideo en Bolivia*. Alerta Montevideo. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/2781>
- Vargas, V. (2010). *Feminismos y transformaciones sociales en América Latina: entre el reconocimiento y la redistribución*. En: *Revista Nueva Sociedad*, N.º 227, pp. 84–99.
- Yon Leau, C. (2015). *Teorías de cambio y buenas prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes: una relectura*, Instituto de Estudios Peruanos, Lima, versión impresa ISSN 0252-1865
- Garda, R., & Huerta, F. (2007). *Hombres por la Equidad. Estudios sobre la violencia masculina*. http://www.eme.cl/wp-content/uploads/Estudios-Viol.Masculina_Garda-y-Huerta-2007.pdf
- Segato R, 2016, *Las estructuras elementales de la violencia. Traficantes de Sueños*,
- Sentencia Constitucional Plurinacional N° 0206/2014. Y 3. Resolución Ministerial N° 0027/2015 [lpas Bolivia+1Bolivia Verifica+1Defensoría del Pueblo de Bolivia+1Defensoría del Pueblo de Bolivia+1](#)
- Montoya, M. A. (2012). *Educación sexual desde una perspectiva de derechos: aportes para su implementación en América Latina*. Bogotá: CLADEM / Profamilia.
- González, M. & López, K. (2011). *Educación sexual integral en clave de género y derechos humanos*. Buenos Aires: Fundación Huésped / FLACSO Argentina.

12. Anexos

1. Revisión documental y bibliográfica
2. Mapeo de organizaciones que brindan servicios de SSR
3. Talleres introductorio y de presentación de resultados
4. Infografía
5. Videos con resultados del estudio
6. Presentación Power Point
7. Guía e instrumentos aplicados
8. Base de datos
9. Resultados, análisis y recomendaciones operativas, en detalle
10. Recomendaciones por dimensiones de la despatriarcalización (Objetivo 2)