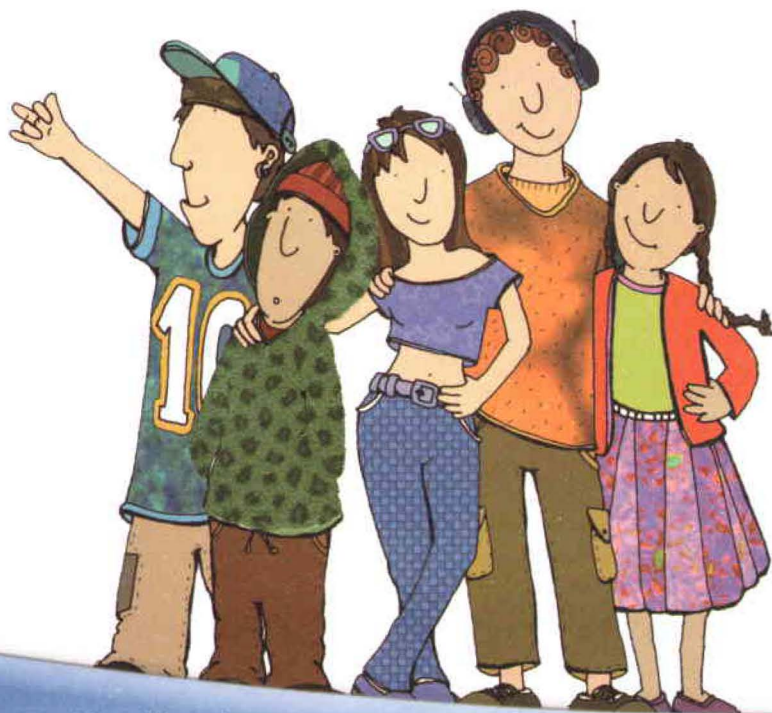




ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

PLAN NACIONAL PARA LA SALUD INTEGRAL DE LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD BOLIVIANA 2009 - 2013



PUBLICACIÓN
175

Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida

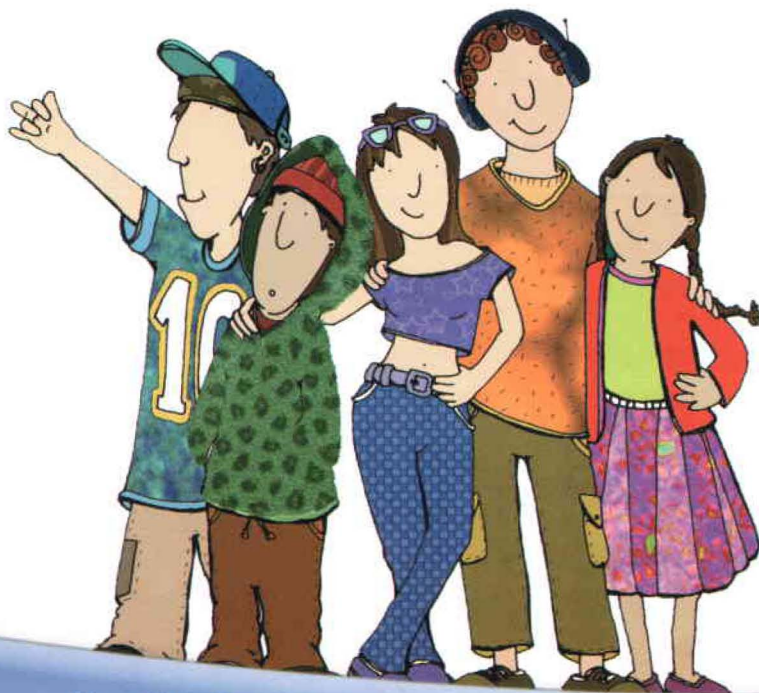
Serie: Documentos Técnico-Normativos

La Paz - Bolivia
2010



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

PLAN NACIONAL PARA LA SALUD INTEGRAL DE LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD BOLIVIANA 2009 - 2013



PUBLICACIÓN
175

Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida

Serie: Documentos Técnico-Normativos

La Paz - Bolivia
2010

BO
WS460
M665p
N°175
2010

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de Servicios de Salud y Calidad.
Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana./Ministerio de Salud y Deportes. Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Coaut. La Paz : Prisa, 2010.

36p.: (Serie: Documentos Técnico-Normativos N°175)

Depósito Legal: 4-1-26-10-09
ISBN: 978-99905-947-4-4

- I. PLANES Y PROGRAMAS DE SALUD
- II. ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
- III. SERVICIOS DE SALUD DE LOS ADOLESCENTES
- IV. PROMOCIÓN DE LA SALUD
- V. BOLIVIA
1. T.
2. Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Coaut.
3. Serie

PLAN NACIONAL PARA LA SALUD INTEGRAL DE LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD BOLIVIANA 2009-2013

Puede obtenerse información en la siguiente dirección de internet: <http://www.sns.gov.bo>

R.M.: N°1185

Depósito legal: 4-1-26-10-09

ISBN: 978-99905-947-4-4

Colectivo de autores

Elaboración y revisión

Dra. Ma. Cecilia Delgadillo A.

Dra. Raquel Guevara

Dra. Jaqueline Reyes M.

Dr. Oscar Velásquez Encinas E.

Dra. Virginia Azurduy

Lic. Maritza Camargo

Dr. Manual Canaviri

Dra. Adela Hernandez

Dra. Paula Mejia

Dr. Edgar Taquimallcu

USSC/MSD

USSC/MSD

USSC/MSD

USSC/MSD

SEDES Chuquisaca

SEDES Santa Cruz

SEDES Potosí

SEDES Beni

SEDES Pando

SEDES Oruro

Dra. Shirley Rocabado

Dra. Ma. Luisa Santibáñez

Lic. Mirtha Taboada

Dra. Miriam López

Lic. Oscar Lora

Lic. Miguel Cortez

Dr. Alberto Castro

Dr. Oscar Viscarra

Lic. Elizabeth Arteaga

Dra. Amparo Camacho

SEDES La Paz

SEDES La Paz

Viceministerio de Igualdad de Oportunidades, Juventudes

UNFPA

UNFPA

UNFPA

UNFPA

UNFPA

Save the children

Save the children

Agradecimientos a Organizaciones Juveniles y Consejos Municipales de la Juventud de las ciudades de La Paz, El Alto y Santa Cruz.

La Paz: Componente Programático Salud Neonatal, Infantil, Escolar, Adolescente - Unidad de Servicios de Salud y Calidad - Dirección General de Servicios de Salud - Comité de Identidad Institucional y Publicaciones - Ministerio de Salud y Deportes - 2010

© Ministerio de Salud y Deportes 2009

La impresión de este documento ha sido posible gracias al apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA.

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia; se autoriza su reproducción, total o parcial a condición de citar la fuente y la propiedad.

AUTORIDADES NACIONALES

Dra. Nila Heredia Miranda
Ministra de Salud y Deportes

Dr. Martín Maturano Trigo
Viceministro de Salud y Promoción

Dr. Miguel Ángel Rimba Alvis
Viceministro de Deportes



CONTENIDO

Presentación	
Resolución Ministerial	
Antecedentes.....	8
Nuevos paradigmas para la atención en salud de las juventudes.....	8
Situación de la Adolescencia y Juventud	10
Marco legal.....	16
Situación actual de los servicios de salud para la población joven	18
Oferta de servicios.....	19
Problemas de gestión y limitaciones para la adecuada atención	22
Percepciones de adolescentes y jóvenes respecto a la atención en salud	23
Propuesta sectorial para la atención de la salud de adolescentes y jóvenes en el marco del Modelo SAFCI (salud Familiar Comunitaria Intercultural)	23
Participación de adolescentes y jóvenes en el SAFCI (salud Familiar Comunitaria Intercultural)	25
De los Problemas Prioritarios.....	25
Fin del Plan	29
Propósito del Plan	29
Enfoques del Plan	29
Plan de operaciones para la salud integral de la adolescencia y juventud	31
Indicadores de impacto	35
Indicadores de proceso	36
Bibliografía	37



Resolución Ministerial N° 1185

24 NOV. 2009

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, la Constitución Política del Estado, en sus artículos 18, 35 y 37 respectivamente, señalan el derecho que tienen las personas a la salud, que el estado en todos sus niveles protegerá este derecho y además que el estado tiene la obligación indeclinable de garantizar, sostener el derecho a la salud y que se constituye en un función suprema y primera responsabilidad financiera. Asimismo que garantizara la promoción de la salud y la prevención de enfermedades;

Que, el Decreto Supremo N° 29894 de 7 febrero de 2009, de Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, establece las atribuciones y responsabilidades del Ministerio de Salud y Deportes, respecto a la formulación, desarrollo, supervisión y evaluación de la implementación del modelo sanitario;

Que, el numeral 22, del artículo 14, del Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009, de Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, establece dentro las atribuciones y obligaciones del Ministerio de Salud y Deportes, el de emitir resoluciones ministeriales (...sic...), en el marco de sus competencias;

Que, el Decreto Supremo 25233 de 27 de noviembre de 1998, establece el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud, dentro de las previsiones del Decreto Supremo 25060 que establece la estructura orgánica de las Prefecturas de Departamento y Disposiciones vigentes en materia de salud;

Que, la Ley 2426 de 21 de noviembre de 2002, y la Ley 3250 de Ampliación del Seguro Universal Materno Infantil disponen la prestación de salud con carácter universal, integral y gratuita en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad a Corto Plazo a mujeres desde su nacimiento hasta la conclusión de su vida reproductiva;

Que, el Decreto Supremo 29601 de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI), tiene como objetivo contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria, reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión compartida de la salud;

Que, ante la necesidad de establecer e implementar el Modelo Sanitario de Salud, en coherencia con la realidad socioeconómica y cultural de la población boliviana, para desarrollar sus acciones en el marco de la justicia, buscando de equidad, fortaleciendo las capacidades de los actores sociales en cuanto a la toma de decisiones sobre las acciones de salud, e impulsando procesos de articulación y complementariedad entre las diferentes medicina académica y la medicina tradicional. Asimismo corresponde a esta Entidad del Estado, contribuir a las Políticas de Estado, orientada al desarrollo integral de la población adolescente y joven, con énfasis en las funciones específicas del sector salud que son: Promover, proteger y mantener la salud física, mental y social de la población, reduciendo su morbi mortalidad;

PORTANTO:

El Señor Ministro de Salud y Deportes de acuerdo al Decreto Supremo N° 29894 de 07 de febrero de 2009 de la Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional;

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- Aprobar el "PLAN NACIONAL PARA LA SALUD INTEGRAL DE LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD BOLIVIANA 2009 - 2013", que brindara la atención integral, diferenciada, eficiente y oportuna a la población y adolescente y joven en todos los establecimientos de las redes de servicios del Sistema de Salud, y coadyuvara el mejoramiento de sus condiciones de salud con énfasis en la promoción y prevención, alentando la participación activa de adolescentes y jóvenes en el autocuidado de su salud.

ARTICULO SEGUNDO.- Se autoriza la articulación de Programas y/o Proyectos Gubernamentales en estrategias comunes en favor de la población objetivo del presente plan.

ARTICULO TERCERO.- Queda encargada del cumplimiento, de la presente Resolución Ministerial, la Unidad de Servicios de Salud y Calidad y la Dirección General de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, para su ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana, dentro del sistema nacional de salud, y la coordinación con otros sectores, agencias de cooperación y organismos no gubernamentales para su aplicación obligatoria a nivel nacional,

Quedan derogadas las disposiciones y/o normas contrarias a la presente resolución ministerial.

Regístrese, hágase saber y archívese.

D. Edgar Luis Poma Castro
DIRECTOR GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
MLV.

R. Raúl A. Velásquez
VICEMINISTRO DE SALUD Y DEPORTES
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

COMUNIQUESE TO PDM
D. Tereza Inés Jara
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES



Presentación

La Salud de los y las adolescentes y jóvenes, constituye un desafío impostergable para el gobierno del Presidente Evo Morales Ayma y el Ministerio de Salud y Deportes, que deben asegurar que ellos y ellas alcancen su pleno potencial y puedan contribuir a un futuro saludable.

En ese entendido, el Ministerio de Salud y Deportes, presenta el documento "**Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana 2009 - 2013**" como marco de referencia para la formulación de programas que atiendan a salud integral de adolescentes y jóvenes, cuyas necesidades de salud y del vivir bien es preciso satisfacer con premura.

Esta publicación consta de varios acápite. Se describe los paradigmas para la atención en salud de las juventudes, las características y situación en materia de salud, el marco legal que sustenta el desarrollo de las intervenciones y la alineación a la Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI -la situación de disponibilidad y oferta de servicios, los problemas de gestión y limitaciones para un adecuada atención, perspectivas de los propios jóvenes respecto de la atención en salud, la priorización de problemas, el propósito, el enfoque, los lineamientos estratégicos con sus intervenciones e indicadores.

El documento contiene también definiciones y propuestas de aplicación de la política Salud Familiar Comunitaria Intercultural -SAFCI- fundamentales para contribuir a la transformación del sistema de salud y asegurar la participación de adolescentes y jóvenes en el desarrollo de procesos de empoderamiento y revalorización de la salud como un derecho y bien público.

El Ministerio de Salud y Deportes, insta a todos los que tienen que ver con el quehacer en salud en todo el país, a asumir los lineamientos de este documento y a desarrollar iniciativas para promover la salud integral de adolescentes y jóvenes bolivianos.

Dra. Nila Heredia Miranda
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES
ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA



2. Resolución Ministerial

EL PLAN NACIONAL PARA LA SALUD INTEGRAL DE LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD BOLIVIANA

VISTOS Y CONSIDERANDO

Que, el inciso a) del artículo 7 de la Constitución Política del Estado, establece que toda persona tiene derechos fundamentales a la vida, la salud y la seguridad.

Que, la Ley 3351 de 21 febrero de 2006, de Organización del Poder Ejecutivo establece las atribuciones y responsabilidades del Ministerio de Salud y Deportes, respecto a la formulación, desarrollo, supervisión y evaluación de la implementación del modelo sanitario.

Que, el Decreto Supremo 25233 de 27 de noviembre de 1998, establece el modelo básico de organización, atribuciones y funcionamiento de los Servicios Departamentales de Salud, dentro de las previsiones del Decreto Supremo 25060 que establece la estructura orgánica de las Prefecturas de Departamento y disposiciones vigentes en materia de salud.

Que, la Ley 2426 de 21 de noviembre de 2002, y la ley 3250 de Ampliación del Seguro Universal Materno Infantil disponen la prestación de salud con carácter universal, integral y gratuita en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad a Corto Plazo a mujeres desde su nacimiento hasta la conclusión de su vida reproductiva. Que, el Decreto Supremo 29601 de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCl), tiene como objetivo contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria, reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión compartida de la salud.

Que, ante la necesidad de establecer e implementar el Modelo Sanitario de Salud, en coherencia con la realidad socioeconómica y cultural de la población boliviana, para desarrollar sus acciones en el marco de la justicia, buscando de equidad, fortaleciendo las capacidades de los actores sociales en cuanto a la toma de decisiones sobre las acciones de salud, e impulsando procesos de articulación y complementariedad entre las diferentes medicina académica y la medicina tradicional.

SE ESTABLECE.

PRIMERO: Contribuir a la Política de Estado orientada al desarrollo integral de la población adolescente y joven, con énfasis en las funciones específicas del sector salud que son: Promover, proteger y mantener la salud física, mental y social de la población, reduciendo su morbimortalidad;



SEGUNDO: Aprobar el “PLAN NACIONAL PARA LA SALUD INTEGRAL DE LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD BOLIVIANA 2008 - 2013”, para brindar atención integral, diferenciada, eficiente y oportuna a la población adolescente y joven en todos los establecimientos de las redes de servicios del Sistema de Salud, para coadyuvar al mejoramiento de sus condiciones de salud con énfasis en la promoción y prevención, y alentando la participación activa de adolescentes y jóvenes en el autocuidado de su salud

Articular programas y/o proyectos gubernamentales en estrategias comunes en favor de la población objetivo del presente plan.

TERCERO: Recomendar a la Unidad de Servicios de Salud y Calidad, dependiente de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud y Deportes, la ejecución, seguimiento y evaluación de este Plan, dentro del sistema nacional de salud, y la coordinación con otros sectores, agencias de cooperación y organismos no gubernamentales para su aplicación obligatoria a nivel nacional.

Quedan derogadas las disposiciones y/o normas contrarias a la presente resolución ministerial

Regístrese, hágase saber y archívese.





3. Antecedentes

La atención a la salud de los y las adolescentes en Bolivia comenzó a desarrollarse en el Ministerio de Salud a partir de las actividades a la promoción de la salud y la prevención del uso de sustancias controladas en 1988. Posteriormente el programa fue transferido a la Unidad de Servicios de Salud y Calidad dependiente de la Dirección General de Salud, ámbito en el cual se trabajaron aspectos programáticos e investigaciones relacionadas con la salud en general y aspectos particulares de la salud reproductiva de adolescentes y su atención en servicios.

En 1998, tomando como base el compromiso asumido en la Primera Conferencia de Ministros Responsables de la Juventud y la IX Reunión Iberoamericana de Ministros de Salud, Bolivia elaboró el Plan Nacional Concertado de Desarrollo Sostenible de Adolescencia y Juventud (1998-2002) y en este marco, el Ministerio de Salud elaboró el Programa Nacional de Atención a la Salud Integral de los y las Adolescentes, (Documento programático 1998- 2002 /Resolución Ministerial 0170), que tuvo continuidad con el Plan Nacional de Salud y Desarrollo Integral de Adolescentes 2004-2008, respaldado por la Resolución Ministerial 0056 en actual vigencia.

A fines del mes de noviembre del 2008, los responsables de programas de adolescentes de los SEDES evaluaron la implementación del Plan 2004-2008, concluyendo en primera instancia que debe readecuarse al nuevo modelo de atención SAFCI y amplían el grupo de intervención de 10 a 24 años en coherencia con otras políticas públicas en vigencia.

4. Nuevos paradigmas para la atención en salud de las juventudes.

La fase juvenil concentra extremos etéreos en estadios definidos por consenso que se distinguen como adolescencia y juventud; empero puede utilizarse el término juventudes para definir a estos grupos sociales que tienen diferencias y singularidades, pero también similitudes, y que construyen su pluralidad y diversidad en distintos espacios sociales y culturales. Sin embargo, existe implícitamente un sentido de pertenencia generacional histórica, cultural y temporal que los hace afines y les permite manejar códigos propios y compartir intereses y expectativas ¹.

Las políticas y programas para las juventudes son fundamentales dada su ubicación en el tejido social, y debido a que los conceptos y enfoques no sufren una evolución lineal y coexisten varios enfoques para su abordaje.

¹ Klaudio Duarte Quapper. ¿Juventud o juventudes? Versiones, trampas, pistas y ejes para acercarnos progresivamente a los mundos juveniles



El primer enfoque es el de derechos, que se funda en que el desarrollo juvenil no puede transitar aislado del desarrollo democrático de la sociedad, donde la calidad de la democracia consiste en fortalecer la condición ciudadana por medio de los derechos consagrados, y por tanto son considerados sujetos de derechos, derechohabientes o usuarios, pues su relación con el Estado se establece en la forma en que se garantiza el ejercicio de sus derechos.

El segundo enfoque concibe a las juventudes como actores estratégicos del desarrollo nacional y, como orientación política, busca que las juventudes sean el eje central de las estrategias de desarrollo como protagonistas en espacios de la sociedad donde se aprovechen sus potencialidades y capacidades.

El tercer enfoque propone un marco de desarrollo humano integral y de promoción de la salud con énfasis en adolescentes y jóvenes dentro del contexto de la familia y su ambiente socioeconómico social y cultural. El enfoque planteado por OPS (2001) sugiere un cambio de paradigma como una estrategia que prevenga problemas a futuro, planteando un proceso continuo a través del cual adolescentes y jóvenes satisfacen sus necesidades, desarrollan competencias y generan habilidades y vínculos sociales colaborativos.

El cuarto enfoque plantea prestar más atención a la promoción de los derechos y necesidades socioeconómicas de adolescentes y jóvenes, trabajando conjuntamente con los gobiernos nacionales y locales, la comunidad y organizaciones juveniles, en el desarrollo e implementación de políticas y planes que impliquen mayores inversiones en salud, educación y medios de vida de la juventud con el objeto de reducir la pobreza. Aprovechar la coyuntura demográfica favorable para abogar por una mayor inversión en la juventud, utilizando argumentos basados en evidencias, y otorgar atención concreta a problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, tomando en cuenta la diversidad de géneros y las diversas corrientes culturales juveniles.

La edad fue, durante muchos años, un referente biológico para establecer categorías sobre todo en materia de salud, donde se ubica a la adolescencia como una etapa de la vida en la cual se producen cambios puberales hasta llegar a la madurez sexual, acompañados de cambios psicológicos y procesos de interacción e integración social que no guardan relación paralela entre sí, por lo cual se hace innecesario establecer subetapas. El marco legal normativo retoma también el corte de edad y establece de esta manera límites para el ejercicio de los derechos, por esta razón, tanto en el país como en la región de Latinoamérica, existe una diversidad de cuerpos legales y rangos de edad que fragmentan las intervenciones, dando prioridad al asistencialismo en los más jóvenes, y una total invisibilización de los menos jóvenes (19 a 24 años). Empero al hablar de la oportunidad demográfica, ya que el 37% de la población boliviana se concentra en este tramo de 10 a 24 años, y reconociendo que los ciudadanos que se inscriben en este grupo juvenil son productores de culturas y actores estratégicos para el desarrollo, el presente Plan tomará esta población como meta de intervención, planteando de manera global pero flexible las intervenciones a desarrollar entre 2009 y 2013.



5. Situación de la Adolescencia y la Juventud

5.1. Demografía, educación y empleo

La población boliviana es joven. El país se encuentra en un estadio moderado de la transición demográfica. En 2001, la edad promedio de la población era de 25 años, y la edad mediana de 20 años. De acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 (CNPV), 32 por ciento de la población se encontraba entre los 10 y 24 años y 14 por ciento estaba entre los 25 y 34 años. Solamente cinco por ciento de la población se encontraba compuesta por personas con más de 64 años de edad. Con datos para el año 2008 (Proyecciones INE), Bolivia cuenta con una población de 10 millones de habitantes, de los cuales 3.1 millones son adolescentes y jóvenes de entre 10 y 24 años de edad, con participación igualitaria de mujeres y hombres (gráfico 1). Más de un millón de personas componen el grupo de 10 a 14 años.

Uno de los aspectos más importantes es la transición demográfica que está teniendo lugar en muchos países de Latinoamérica como efecto de la reducción de las tasas globales de fecundidad y la reducción de la mortalidad en la infancia y es la concentración de la población en las edades productivas, dando lugar al llamado “bono demográfico” o ventana de oportunidad demográfica, que representa un potencial para que los países cosechen los beneficios de tener un segmento creciente de adultos en edad de trabajar con relación a la población dependiente. Esta es una oportunidad histórica en la región, aprovechar este bono demográfico para hacer inversiones sociales y económicas requeridas para romper el círculo vicioso de la transmisión intergeneracional de la pobreza y alcanzar niveles sostenibles de desarrollo económico y social.

En materia educativa, cabe destacar el hecho de que los adolescentes y jóvenes tienen un mayor grado de formación y, por tanto, acumulan una mayor cantidad de activos educativos que las generaciones precedentes. Así por ejemplo, los datos disponibles del CNPV 2001 señalan que solamente tres por ciento de la población de entre 19 y 25 años no tenía ningún grado de instrucción, mientras que esta proporción llegaba a siete y 23 por ciento para los grupos de adultos de 26-44 y 45-64 años respectivamente. Asimismo, 40 por ciento de los jóvenes accedieron a la educación secundaria y 18 por ciento a la educación superior. Datos más recientes de la Encuesta Continua a Hogares de 2003-2004 (INE), muestran que el grupo de edad de entre 19 y 24 años tiene en promedio 10 años de estudio, mientras que el grupo de entre 25 y 49 años de edad presenta en promedio sólo 8 años. Asimismo, la proporción de personas con estudios de secundaria completos (12 años) es mucho mayor entre los jóvenes que entre los adultos (UNFPA, 2007).

En el campo del trabajo, la inserción y situación laboral de los adolescentes y jóvenes es difícil y muestra que enfrentan situaciones desventajosas en términos de empleo e ingresos. Con datos de la Encuesta Continua a Hogares de 2005, la tasa de desempleo abierto en las áreas urbanas del país fue de 8.4 por ciento considerando la población de entre 15 y 49 años.



Al considerar el desempleo según tramos de edad, se observa que son los más jóvenes quienes enfrentan mayores niveles de desempleo, los grupos de adolescentes de 15 a 19 años y de jóvenes de 20 a 24 años son los que registran mayores niveles de paro (18.2 y 11.6 por ciento respectivamente), los cuales superan largamente a la tasa promedio de desempleo. En estos grupos se encuentran adolescentes y jóvenes que buscan empleo por primera vez y que por tanto carecen de experiencia; empero, también se encuentran entre sus efectivos las cohortes de población con niveles educativos mayores respecto al resto de grupos etáreos. Según la Encuesta Nacional de Juventudes 2003, la mayor parte de los adolescentes y jóvenes se encuentra ocupado en el comercio (33 por ciento), industria manufacturera (20 por ciento) y hoteles y restaurantes (9 por ciento). Según grupo ocupacional, la mayor parte de los adolescentes y jóvenes cumple funciones de trabajador no calificado (43 por ciento) y vendedores (30 por ciento).

La pobreza, el desempleo y la falta de oportunidades están aumentando en las ciudades, alimentados en parte por la incesante migración rural-urbana que tiene lugar desde los años 70, pero que se ha profundizado con las crisis de los 80 y de principios de los 2000. Según datos oficiales del INE (CNPV 2001), la migración interna es de alrededor de 15 por ciento; mientras que la Organización Internacional de Migración (OIM) reporta tasas de migración interna de 35 por ciento y externa de 25 por ciento. El perfil etáreo de los/las migrantes muestra que este fenómeno obedece principalmente a la búsqueda de oportunidades económicas para desarrollar mejores proyectos de vida, 50 por ciento de los migrantes son jóvenes de 15 a 29 años que se trasladan principalmente del área rural a centros urbanos. Los datos de 2007 muestran que 64 por ciento de los jóvenes de 12 a 24 años vive en localidades de más de 10,000 habitantes.

Los/las jóvenes migrantes que llegan a los centros urbanos se encuentran entre los grupos con mayores desventajas y vulnerabilidades sociales, y en general enfrentan las caras más oscuras de la migración. Al problema de la desintegración familiar y social que implica dejar atrás sus comunidades, se suman aquellos del desempleo, subempleo visible e invisible, trabajo riesgoso, carencia de redes de apoyo familiar, imposibilidad de acceso a redes de apoyo social en parte por la segregación residencial, desprotección social, limitado acceso a servicios especialmente en salud y educación y exposición a riesgos (drogas, alcohol, inseguridad ciudadana, violencia y explotación sexual). Cada uno de estos fenómenos, sus combinaciones y su sumatoria constituyen razones del mayor peso para impedir la movilidad vertical de esta y de futuras generaciones de jóvenes.

La incidencia de la pobreza es diferenciada de acuerdo al ciclo de vida de las personas. Según datos del INE correspondientes a 2004, la pobreza afecta especialmente a la población menor de 25 años, tanto en las áreas urbanas como rurales. En 2004, mientras que 56 por ciento de la población mayor a 25 años vivía en la pobreza, un 68 por ciento de la población joven estaba afectado por este fenómeno. Se estima que en la actualidad medio millón de jóvenes bolivianos de entre 10 y 24 años de edad vive en la pobreza extrema.



5.2. La situación en materia de salud

Las condiciones en las que se desarrolla la salud de adolescentes y jóvenes se establecen desde el embarazo, parto y primeros años de vida que influyen directamente en el desarrollo de potencialidades y calidad de vida. El entorno familiar, cultural, social, escolar, económico y ambiental, incide notablemente en su posterior desarrollo e inserción en la sociedad. Entre los principales problemas en los primeros años de vida se identifican los relacionados con la nutrición y desarrollo psicosocial, de discriminación de género, generacional, y cultural, violencia intrafamiliar, inequidad e invisibilización de la sexualidad y el ejercicio de derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos.

La salud de los y las adolescentes y jóvenes en el país constituye un elemento clave para el progreso social, económico y político ya que invertir en éste grupo etéreo contribuye al mejoramiento de las condiciones sociales de las generaciones presentes y futuras.

Las necesidades y derechos de los y las adolescentes y jóvenes en materia de salud no figuran en la agenda política de salud, ya que se han priorizado otros grupos vulnerables. Uno de los factores que contribuye a ésta omisión es que los adolescentes y jóvenes sufren de pocas enfermedades que ponen en riesgo sus vidas. De hecho las tasas de mortalidad de adolescentes y jóvenes son bajas en comparación con otros grupos etéreos y la mayoría parte de las muertes son atribuibles a accidentes, homicidios-suicidios, causas vinculadas al proceso reproductivo y enfermedades crónicas y degenerativas.

No existe un perfil actualizado de morbilidad, las principales causas de consulta están relacionadas a problemas gastrointestinales, respiratorios agudas, osteoarticulares, de la piel, odontológicos, relacionadas con complicaciones del proceso reproductivo y heridas y traumatismos, producto de la violencia entre pares y otros.

a) Estado nutricional

Según la ENDSA 2008, la prevalencia de la anemia en mujeres de 15 a 24 años es en promedio de 37 por ciento. Según la ENDSA 2003, gran parte de los y las adolescentes y jóvenes enfrentan problemas de malnutrición, pues el Índice de Masa Corporal (IMC) de las adolescentes y jóvenes fluctúa entre 23 y 25 por ciento. Adolescentes y jóvenes hoy en día viven en una sociedad marcada por los medios de comunicación, donde se toma a la apariencia física como lo más importante del ser humano, estos factores, junto con la alteración de horarios, el uso de comidas altas en densidades energéticas o “comida chatarra”, hacen que se adopten dietas de baja calidad deficientes en micronutrientes como hierro, calcio, zinc y vitaminas.



b) Salud Sexual y salud Reproductiva

Fecundidad

Los datos de la ENDSA 2008, afirman que las adolescentes de 15 a 19 años presentan una Tasa Específica de Fecundidad (TEF) de 88 por mil mujeres, superior a la observada en la ENDSA 2003 (84). En el caso de las jóvenes de 20 a 24 años, la TEF asciende a 207 por mil mujeres, inferior a la observada en la ENDSA 2001, sin embargo continua siendo la más alta entre los grupos de edad

Tasa específica de fecundidad POE edad ENDSA 2008 - 2003				
Edad	Área de residencia		Total 2008	Total 2003
	Urbana 2008	Rural 2008		
15 - 19 años	67	132	88	84
20 - 25 años	143	244	174	207

Inicio de la actividad sexual

Según estudios localizados, está entre los 14 y 16 años, aspecto influenciado por cambios sociales y económicos, que han contribuido a adelantar la edad de iniciación sexual y a diferir la edad del primer matrimonio o unión. Entre los cambios que han influido sobre estos ámbitos destaca la creciente migración rural-urbana. Existen diferencias además entre regiones del país, ya que el inicio de la actividad sexual en las tierras bajas, es en promedio menor a la región occidental.

Embarazo adolescente,

Se constituye un problema social por las consecuencias que traen en la perspectiva de vida de las adolescentes reflejada en barreras para el logro educativo, el desarrollo integral y el ejercicio de derechos, que en condiciones de ruralidad, marginalidad y exclusión social, perpetúan el ciclo intergeneracional de la pobreza. Estudios del UNFPA en áreas urbanas del eje troncal del país, daban cuenta que en 2005 más de 70 por ciento de los embarazos de las adolescentes fueron no planificados. Asociado a este tema, la mortalidad materna en adolescentes no ha disminuido en los últimos años como lo ha hecho en los demás grupos etáreos.



De acuerdo a la ENDSA 2003, el 16% de las mujeres de 15 a 19 años de edad algunas vez estuvo embarazada, o bien porque ya son madres (13% (o están gestando por primera vez (13%. Este porcentaje es superior en el área rural (22%) y en las mujeres sin educación (47%).

La edad de la madre repercute también en la salud de los niños, de acuerdo a la ENDSA 2008, entre los hijos de madres adolescentes, el nivel de anemia alcanza el 73%, superior al promedio nacional es de 6.13%.

Uso de métodos anticonceptivos

90 por ciento de los y las adolescentes bolivianos han recibido información sobre temas de sexualidad y salud reproductiva, principalmente en unidades educativas, grupos juveniles y medios de comunicación. Llama la atención que hay un alto conocimiento de métodos de anticoncepción en adolescentes y jóvenes (más de 90 por ciento), pero el uso muy bajo, cerca de 27 por ciento en adolescentes unidas y 35 por ciento de jóvenes

Uso actual de métodos anticonceptivos en mujeres actualmente unidas			
Edad	Métodos modernos	Métodos tradicionales	Cualquier método 2008
	15 – 19 años	26.6	
20 – 24 años	35.4	21.7	57.1

En cuanto al uso del condón, según la ENDSA 2008 (informe preliminar), solamente 2,2 por ciento de hombres de 15 a 19 años utilizaron condón en su última relación con su esposa o compañera, y en el grupo de 20 a 24 años, 10 por ciento. El uso del condón es más frecuente cuando los hombres tienen relaciones con personas que no son su pareja.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar para limitar o espaciar el embarazo es más alto en las adolescentes (38%) y las mujeres jóvenes de 20 a 24 años (27%) que el promedio nacional (20%)

Infecciones de transmisión sexual

Respecto a las infecciones de transmisión sexual y VIH, la mayor parte de adolescentes y jóvenes saben acerca del VIH y Sida (según la ENDSA 2008, cerca de 90 por ciento de hombres y 85 por ciento de mujeres), pero no hay datos sobre el conocimiento



de otras infecciones de transmisión sexual. Alrededor de 76 por ciento de hombres y 64 por ciento de mujeres de entre 15 a 24 años tienen conocimiento acerca del uso del condón como método para reducir el riesgo de contraer VIH. Según la misma fuente en el departamento de Potosí más de 63 por ciento de las personas en este tramo de edad no identifican al condón como un método que reduce el riesgo de contraer VIH. Los registros del Programa Nacional de ITS y VIH-SIDA, reflejan que 25 por ciento de los casos registrados de personas que viven con VIH, corresponde a adolescentes y jóvenes.

En el país están disponibles las pruebas rápidas y serológicas para detección del VIH, pero no están accesibles a adolescentes por ser “menores de edad” y están poco promocionadas en la población joven.

c) Salud Mental y Consumo de Sustancias controladas que producen adicción

El consumo de sustancias controladas es un fenómeno frecuente en nuestro país. Datos de la encuesta del Centro Latinoamericano de Investigación (CELIN) muestran que la edad de inicio del consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias peligrosas es, en promedio, de 14 años. El consumo de tabaco y alcohol es el que presenta mayor incidencia. 47 por ciento de los/as adolescentes de entre 15 y 19 años consumen alcohol y tabaco.

No existen datos sobre la incidencia de otros problemas de salud mental en estos grupos pero al igual que en la mayoría de los países de América Latina y Estados Unidos cerca de cinco a 10 por ciento sufre o ha sufrido de algún grado de depresión o ansiedad, y es cada vez más frecuente la tendencia a que estos problemas se traduzcan en trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia. Asimismo, el uso excesivo de medios interactivos puede derivar en mayores dificultades para la socialización y en adicción a la tecnología.

d) Violencia

La violencia se refleja en las relaciones sociales, donde las personas en razón de su género, edad, nivel socioeconómico u otros, ejercen poder sobre otras, reflejando en muchos casos el estereotipo asociado al hombre con poder y a la mujer con subordinación.

De las diversas formas de violencia, la sexual es la más grave y se expresa en el acoso sexual, críticas al comportamiento sexual, comparación denigrante con otras personas y violación. La violencia sexual incluye además el tráfico de adolescentes y jóvenes con fines sexuales y la explotación sexual comercial en sus diferentes formas. Datos de la ENDSA 2003, revelan que el 47 por ciento de las mujeres y 27 por ciento de los hombres de entre 15 y 24 años sufre de violencia física o sexual, 10 por ciento de las mujeres y dos por ciento de los hombres de las mismas edades declaran haber sido forzados/as a mantener relaciones sexuales contra su voluntad.



Por otro lado, la incidencia de la violencia psicológica también es elevada, pues afecta a 48 por ciento de las adolescentes y jóvenes. Cerca de 30 por ciento de los hombres sufren violencia psicológica por parte de sus progenitores, el entorno social y los pares.

e) Salud oral

Por información disponible en el Colegio de Odontólogos, en 2003 el índice CPOD (dientes cariados, perdidos, obturados) en menores de 12 años es de 6,7 por ciento considerado como muy alto. Entre las enfermedades bucodentales en adolescentes y jóvenes, la caries dental es la principal bucodental en adolescentes y jóvenes, con una prevalencia de 62 por ciento, sin embargo existen otros problemas bucales frecuentes en esta edad, 20 por ciento padecen gingivitis, ocho por ciento tienen enfermedades periodontales, cinco por ciento abscesos dentales, tres por ciento mala oclusión y dos por ciento trauma dental.

6. Marco Legal

Constitución Política del Estado.

Capítulo II / Derechos Fundamentales.

Artículo 15. I. Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual. Nadie será torturado, ni sufrirá tratos crueles, inhumanos, degradantes o humillantes. No existe la pena de muerte

Ley No. 2426 Ley del Seguro Universal Materno Infantil y la

El Seguro Universal Materno Infantil en todo el territorio nacional tiene carácter integral y gratuito para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social a mujeres embarazadas y niños menores de cinco años.

Ley Ampliatoria del SUMI No 3250 atención a mujeres en edad fértil, en prevención del cáncer cérvico uterino, tratamiento de lesiones premalignas, métodos de anticoncepción y tratamiento de ITS.

Decreto Supremo 29601, Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI)

Tiene como objetivo contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria – traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud – reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión participativa y control social, y brindar servicios de salud que tomen en cuenta la persona, familia y comunidad;



además de aceptar, respetar , valorar y articular la medicina académica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población. Sus principios son: participación comunitaria, intersectorialidad, integralidad e interculturalidad.

Ley 2026, Código Niño, Niña y Adolescente

El presente Código establece y regula el régimen de prevención, protección y atención integral que el Estado y la sociedad deben garantizar a todo niño, niña o adolescente con el fin de asegurarles un desarrollo físico, mental, moral, espiritual, emocional y social en condiciones de libertad, respeto, dignidad, equidad y justicia.

Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (Ratificada por el Estado boliviano)

Cap. 3, Art. 25 Derecho a la Salud:

1.- Los Estados Parte reconocen el derecho de los jóvenes a una salud integral y de calidad. Este derecho incluye la atención primaria gratuita, la educación preventiva, la atención y cuidado especializado de la salud juvenil, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la investigación de problemas de salud y la información y prevención contra el alcoholismo, tabaquismo y el uso indebido de drogas; en la atención tienen derecho a la confidencialidad y al respeto del personal de los servicios de salud, en particular, en lo relativo a su salud sexual y reproductiva-

2.- Los Estados Parte velarán por la plena efectividad de este derecho adoptando y aplicando políticas y programas de salud integral orientados a la prevención de enfermedades, promoción de la salud y estilos de vida saludables entre los jóvenes. Convención Iberoamericana de Derechos de los jóvenes².

Plan Nacional Quinquenal de Juventudes (PNQJ)

Es una propuesta intersectorial cuyo diseño y ejecución está respaldada en la normativa vigente y en aquella que se encuentra en proceso de aprobación³, bajo los siguientes principios: El Estado boliviano, en todas sus instancias y niveles, en coordinación con la sociedad civil, garantiza el desarrollo de las y los jóvenes, promoviendo procesos de inclusión social,

² Convención Iberoamericana de Derechos de los jóvenes

³ Constitución Política del Estado, Decreto Supremo 25290 de Derechos y deberes de la juventud, Ley 3351 de Organización del Poder Ejecutivo (LOPE) 21 de febrero 2006 , Ley 3845 del 2 de mayo del 2008 donde el gobierno aprueba la ratificación de la Convención Iberoamericana de los derechos de las y los jóvenes, suscrita por el país el 11 de octubre de 2005



que reconocen su diversidad y dinámicas, fortalecen sus capacidades y generan oportunidades culturales, sociales y económicas, sin discriminación alguna, para la construcción de un Estado Unitario, Social, de Derecho, Plurinacional, y Comunitario.

Uno de los compromisos más importantes asumidos por el Gobierno Nacional en favor de adolescentes es la prevención de embarazos no planificados en adolescentes según Resolución REMSAA XXVIII /437, del Organismo Andino de Salud, emitida el 30 de marzo del 2007 que tiene rango de Ley Supranacional y un Plan Andino concertado con los países miembros

7. Situación actual de los Servicios de Salud para la Población Joven

De acuerdo al diagnóstico realizado por los responsables de adolescencia de los SEDES, actualmente la red de servicios públicos dispone de algunos los servicios de salud adecuados para la atención de jóvenes aunque debido a la cantidad de población joven son escasos lo que compromete la accesibilidad y la cobertura. En general estos servicios brindan atención de forma fragmentada, la mayor parte de los casos en respuesta a través de especialistas y en momentos críticos.

Los servicios para adolescentes y jóvenes trabajan el enfoque de atención diferenciada y se han desarrollado en algunas áreas urbanas, el merito de que algunos servicios se han convertido en centros de capacitación de personal, de evaluación de tecnologías educativas, han desarrollado nuevos modelos de gestión con la participación de líderes, pero aún se requieren estrategias para vencer las barreras de acceso que anteponen los prestadores y que reducen la calidad de atención.

En la mayor parte de los SEDES del país puede constatarse un progreso significativo en la organización de servicios diferenciados para adolescentes aunque debe admitirse que este progreso se ha producido sobre todo por iniciativa de la cooperación internacional a través de proyectos específicos, los responsables de programa, la constitución de grupos interdisciplinarios para la atención en los niveles secundario y terciario del sistema de salud a través de organizaciones científicas, y organizaciones no gubernamentales.

Los servicios diferenciados que se han desarrollado en el país, muchas veces son desconocidos por los adolescentes y aún no son accesibles a jóvenes por falta de adecuada promoción y escasa derivación desde otros servicios de la red, lo cual se relaciona con la falta de capacitación de personal de salud de esos servicios, cuya actitud estigmatizante hacia las personas jóvenes no despierta la confianza de los adolescentes y jóvenes y conduce a que estos no manifiestan abiertamente sus verdaderos motivos de preocupación, muchas veces referidos a temas como la sexualidad, el embarazo, las infecciones de transmisión sexual o la drogadicción producto de la creencias sociales, mitos tabúes respecto a estos temas.



Las características de los servicios, su infraestructura física, estética y organizacional también pueden contribuir al rechazo por parte de los adolescentes y jóvenes. Entre estas pueden resumirse algunas causas de no uso de servicios referidas por adolescentes de tres ciudades principales en un estudio de percepciones sobre servicios de salud⁴.

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

8. Oferta de Servicios

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

DEPARTAMENTO	SERVICIOS DE SALUD URBANO	RURAL	
Chuquisaca	Centro de salud San José	Sucre	
	Centro de salud El Tejar	Sucre	
	Centro de salud Valle Hermoso	Sucre	
	Hospital Nicolás Ortíz		Yotala
	Hospital Dr. Gustavo Hasse		Azurduy
	Hospital San Juan de Dios		Camargo
	San Antonio de los Sauces		Monteagudo
Potosí	Centro de salud Potosí	Potosí	
	Centro de salud Tupiza		Tupiza
	Centro de salud Uyuni		Uyuni
	Centro de salud Puna		Puna
	Centro de salud Sacaca		Sacaca
	Centro de salud Villazón		Villazón
	Centro de salud Betanzos		Betanzos
	Centro de salud Uncia		Uncia
	Centro de salud Ocuri		Ocuri

⁴ Estudio "Adolescentes. Usuarios y no usuarios de servicios de salud" Franklin García Pimentel. UNFPA Bolivia 2007.



	Centro de salud Cotagaita		Cotagaita
Santa Cruz	Centro de salud El Pajonal	Santa Cruz	
	Centro de salud 25 de Diciembre	Santa Cruz	
	Centro de salud 12 de Diciembre	Santa Cruz	
	Centro de salud Preventiva Sud	Santa Cruz	
	Centro de salud San Agustín	Santa Cruz	
	Centro de salud Ma. Cecilia	Santa Cruz	
	Centro de salud 18 de marzo	Santa Cruz	
	Centro de salud San Antonio	Santa Cruz	
	Centro de salud Bolinter	Santa Cruz	
	Centro de salud Lazareto	Santa Cruz	
	San Luis	Santa Cruz	
	V. de Fátima	Santa Cruz	
	E. Wunderlich San Carlos	Santa Cruz	
	10 de Octubre	Santa Cruz	
	Santa Isabel	Santa Cruz	
	Hamacas	Santa Cruz	
	Lazareto	Santa Cruz	
	Sante Sud	Santa Cruz	
	La Colorada	Santa Cruz	
	Fortaleza	Santa Cruz	
	Sagrada Familia	Santa Cruz	
	Hospital Municipal de la Mujer Percy Boland	Santa Cruz	
	Centro de salud Montero*		Montero
	Germán Busch		Puerto Suárez
	Ma. Caballero		
	Florida		
	Cordillera		
	Ñuño de Chávez		
	Guarayos		
	Sarah		
	Ichilo		
	Ángel Sandoval		
Oruro	Centro de salud Chiripujio	Oruro	
	Centro de salud Rafael Pabón	Oruro	
	Centro de salud Santa Lucía	Oruro	
	Centro de salud Candelaria	Oruro	
	Centro de salud Yugoelavo	Oruro	



	Centro de salud Vinto	Oruro	
	Centro Asistencia pública	Oruro	
	Hospital Walter Kohn	Oruro	
	Centro de salud Caracollo		Caracollo
Cochabamba	Hospital Germán Urquidi	Cochabamba	
	Centro de salud Cochabamba	Cochabamba	
	Centro de salud Sarcobamba	Cochabamba	
	Centro de salud Quillacollo*		Quillacollo
La Paz	Centro de salud Alto Miraflores		
	Centro de salud Alto Mariscal Santa Cruz		
	Centro de salud Obrajes		
	Centro de salud Mallasa		
	Centro de salud Villa Copacabana Norte		
	Centro de salud San Luis		
	Centro de salud 8 de Diciembre		
	Materno Infantil Pampahasi Bajo		
El Alto	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Franz Tamayo **		
	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Micaela Bastida**		
	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Bartolina Sisa**		
	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Elisardo Pérez**		
	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Vicente Donoso Torres**		
	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Simón Rodríguez**		
	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Villa Cooperativa**		
	Centros de Recursos Pedagógicos ADAATIPIRIS Guido Villagomes**		
Tarija	Centro de rehabilitación INTRAID	Tarija	
	Centro de salud Villamontes*		Villamontes
Beni	Centro de salud Riberalta*		Riberalta
	Centro de salud Trinidad*	Trinidad	

Puente: Servicios Departamentales de Salud (SEDES)

* Save the Children, **ADAATIPIRIS (Gobierno Municipal)



9. Problemas de Gestión y Limitaciones para la Adecuada Atención

De acuerdo a los responsables de adolescencia de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), se identificaron los siguientes problemas de gestión:

- Insuficiencia en el desarrollo, aplicación y seguimiento de orientaciones programáticas, normas técnico administrativas y protocolos de atención
- Debilidad en el desarrollo de sistemas de dirección y de gestión del programa en los diferentes niveles de organización funcional del Programa (central, departamental y local)
- Inexistencia de planes específicos para la atención de la salud de los/las adolescentes dentro de la red de servicios públicos
- Insuficiencia de personal asistencial y administrativo motivado y capacitado para cumplir con las orientaciones del programa y los planes específicos de las instituciones
- Inexistencia de sistemas de referencia y contrarreferencia
- Inadecuación de ambientes físicos, mobiliario, equipos e instrumental para orientación, consulta y hospitalización, al interior de la red de servicios de salud
- Insuficiencia de materiales para información, educación y comunicación (IEC) para la atención integral a la salud del adolescente
- Insuficiencia de materiales de registro, insumos y medicamentos para programas específicos
- Distribución inequitativa de esfuerzos de Organismos de cooperación a nivel departamental, focalizado únicamente a municipios con mayor población del eje central (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz)
- Deficiente capacidad de respuesta del sistema educativo público a las necesidades de información de adolescentes
- Insuficiencia de RRHH para prestaciones integrales y diferenciadas a adolescentes y jóvenes y para realizar actividades de actoría y empoderamiento de la salud en estrategias de promoción y prevención.
- Suministro de medicamentos para tratamiento de ITS y oferta de anticoncepción, es solo para mujeres, constituyendo una barrera a la atención integral, necesaria en la población adolescente



10. Percepciones de Adolescentes y Jóvenes respecto a la Atención en Salud

En un estudio realizado en La Paz, El Alto y Santa Cruz (UNFPA, 2008) donde existen servicios de atención diferenciada, los y las adolescentes tienen percepciones muy particulares respecto a su salud, las cuales dependen de la edad, sexo, aspectos socioculturales, demográficos, psicológicos, grupo social y personalidad, en función de estos factores asumen que pueden o no acceder a un servicios de salud y de esta manera hay un porcentaje de adolescentes que son usuarios de servicios de salud (60 por ciento) y un porcentaje que no se asume como usuario (40 por ciento).

De los que usan servicios de salud (Al menos una vez por año) los/las usuarios/as indicaron que tienen demanda insatisfecha de las siguientes especialidades: 47,7 por ciento, medicina general; 15,4 por ciento, dentista; 14,2 por ciento, oculista, 10 por ciento, ginecólogo y 9,3 por ciento, orientación en psicología. Existe una mayor proporción de adolescentes que prefieren servicios públicos (7 de cada 10). La población que más consulta esta entre 14 a 16 años y 60 por ciento de las consultas es efectuada por mujeres.

De la población que no es usuaria de servicios de salud, 60 por ciento indica que no necesita de estos servicios, salvo cuando están severamente enfermos; 15 por ciento no asiste por falta de dinero y 10 por ciento por falta de tiempo o información; mientras que un alto porcentaje (40 por ciento) prefiere la medicina casera, aunque si tiene recursos acude a una farmacia. Generalmente, no tiene confianza en el sistema por la mala atención.

11. Propuesta Sectorial para la Atención de la Salud de Adolescentes y Jóvenes en el Marco del Modelo SAFCI (salud Familiar Comunitaria e intercultural)

El modelo de atención de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural (SAFCI) es el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

El SAFCI garantiza la solución de los problemas de salud y la gestión eficiente y efectiva de sus recursos de manera conjunta con las otras estructuras (social e intersectorial) en sus cuatro niveles: local, municipal, departamental y nacional. La Red de Servicios, es la concepción funcional del SAFCI que está conformada por un conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel que pueden pertenecer a uno o varios municipios, dependientes de los subsistemas: público, del seguro social a corto plazo y privado, articulados y complementados con el sistema de salud indígena/



originario/campesino y a la estructura social en salud; esta red puede articularse en un solo municipio cuando tiene establecimientos de salud de los tres niveles, lo que supone capacidad resolutoria resuelta, de lo contrario deben asociarse entre municipios o establecer mancomunidades (área rural), trascendiendo límites municipales, provinciales y/o departamentales, por lo tanto es de concepción territorial.

El otro componente operativo del SAFCI está constituido por todos los recursos comunitarios e institucionales, que contribuyen a mejorar el nivel de salud de las personas, las familias y las comunidades de su área de influencia, porque se interviene en las determinantes de salud a través de acciones promocionales y preventivas.

Los servicios de atención diferenciada a , son una respuesta institucional a la situación de salud y calidad de vida de adolescentes y jóvenes en Bolivia, caracterizados por respetar los derechos humanos, los derechos sexuales y reproductivos, asumen la salud no solo como ausencia de enfermedad, sino un estado holístico (o integral) de bienestar físico, mental, espiritual y social. A partir de estos servicios se pretende que los adolescentes y jóvenes tomen decisiones informadas, responsables y autónomas sobre sus propias vidas.

Los servicios de atención a adolescentes y jóvenes tienen las siguientes características:

- ① Facilita el acceso y oportunidad al servicio, estableciendo horarios especiales para adolescentes y jóvenes en lugares donde puedan acceder con facilidad estableciendo un sistema de red de servicios adecuados a las necesidades de adolescentes y jóvenes, con todos los subsistemas de apoyo e implementar un sistema de referencia.
- ② El equipo de salud del servicio, esta capacitado en el enfoque de atención diferenciada lo cual permite atender a adolescentes y jóvenes reconociéndolos como sujetos de derechos y por lo tanto, capaces de tomar decisiones sobre su salud y su vida.

Se promueve la participación juvenil en la planificación y evaluación para la mejora del servicio de salud, contando con el compromiso de las autoridades locales y departamentales, para garantizar la sostenibilidad de las acciones a favor de la adolescencia y juventud.





12. Participación de adolescentes y jóvenes en el SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural)

En la atención de adolescentes y jóvenes deben participar la totalidad de los servicios del sector salud, cualquiera sea su nivel de complejidad, brindando diferentes niveles de cuidado. A estos servicios deben integrarse servicios de otros sectores, que no pertenecen al sistema de salud como los servicios informativos que brindan algunas ONG, centros juveniles, asociaciones comunitarias de diferente índole, unidades educativas, iglesias, etc. La utilización de estos servicios no convencionales es una de las estrategias más adecuadas para mejorar el acceso y extender las coberturas, por tanto deben articularse a la red SAFCI para favorecer la participación de adolescentes y jóvenes por su proximidad a los lugares donde viven, estudian, trabajan y emplean su tiempo libre.

El modelo de intervención en red, favorece la articulación e intercambio entre instituciones para el logro de fines comunes lo cual se denomina enfoque transectorial, esta modalidad organizativa y de gestión, es útil para el abordaje de problemas juveniles.

La programación de las actividades de atención del adolescente y joven deben formar parte de la programación de la red SAFCI y su objetivo es asegurar el acceso, la adecuada cobertura y la calidad de atención.

13. De Los Problemas Prioritarios

Para efectos del presente plan y en virtud del diagnóstico situacional expuesto es importante priorizar algunas intervenciones a fin de lograr impacto en vivir bien de adolescentes y jóvenes estos son :

· **Prevención del embarazo no planificado en adolescentes**

El embarazo a temprana edad no planificado puede ser un obstáculo para la formación escolar, en Bolivia, la Encuesta de Juventudes 2008 revela que el embarazo es una de las principales causas de deserción escolar; además conduce a la madre joven adolescente a iniciarse precozmente un rol reproductivo, sin información y escaso acceso a mecanismos de prevención. Como consecuencia, se postergan o diluyen sus propios proyectos de vida formativos y el rol productivo que la sociedad espera de ellas o ellos, con distintos matices culturales en ámbitos urbanos y o rurales.

Hay dificultades objetivas para compatibilizar el embarazo y la crianza con la inserción laboral, aunque la mayoría de las madres adolescentes viven con sus familiares y se dedican a actividades domésticas, a menudo las madres y/o padres adolescentes se ven forzados a entrar al mundo del trabajo, generalmente en condiciones precarias de remuneración y sin ninguna cobertura en seguridad social.



Encarar el proceso de formación de los hijos en una etapa de la vida en que las personas aún están forjando su propia identidad, y en que la misma sociedad les asigna papeles diferentes a los parentales, se convierte en una adversidad más compleja de medir, pues se basa en el supuesto, no del todo comprobado, de la menor capacidad formativa de las madres adolescentes.

Las madres adolescentes tienen mayor probabilidad de ser madres sin pareja y enfrentan la ausencia e irresponsabilidad de los padres. Históricamente, la maternidad adolescente tiende a darse bajo arreglos nupciales menos formales, sea por razones materiales (limitaciones financieras o dependencia de los hogares de origen), psicosociales (relaciones más inestables, embarazos producto de violencia y otros), o ambas.

A estas vulnerabilidades se agrega la presión sobre el presupuesto de los padres de las adolescentes progenitoras, que frecuentemente terminan por asumir parte importante del proceso de crianza. Esto se verifica con más intensidad cuanto menor es la madre adolescente, sin ignorar el hecho de que alrededor del 70% de embarazos en la adolescencia no son deseados y estos se dan en mujeres con menores niveles educativos y mayores niveles de pobreza.

Un último acápite que llama la atención en la Encuesta de Juventudes 2008, es que un 9% de embarazos acontecieron en mujeres entre los 13 y 14 años, lo cual amerita una investigación de las causas, y elaboración de protocolos sociales específicos que serán generados a partir del presente plan.

En este aspecto las intervenciones más recomendables deben estar destinadas a la prevención, lo cual requiere acciones de promoción de medidas preventivas efectivas basadas en la amplia difusión de conceptos básicos sobre la salud sexual y reproductiva y derechos para la toma de decisiones y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, con el fin de diferir la edad del primer embarazo y/o procurando la orientación adecuada para prevenir un segundo embarazo.

· Prevención de la mortalidad materna y neonatal

La Encuesta Nacional de Juventudes 2008, revela que el 65% de mujeres entre 15 a 24 años han tenido al menos un embarazo por lo cual las probabilidades de que se produzcan muertes maternas en este segmento poblacional es mucho mayor, a esto se añade el hecho de que por factores sociales, culturales y familiares, las mujeres adolescentes gestantes demoran el cuidado de su salud, tanto en los controles prenatales como en el momento del parto, lo que incide en un mayor número de abortos y complicaciones durante el parto y/o puerperio. Asimismo los cuidados al recién nacido son escasos o inoportunos y la lactancia materna acortada, influyendo negativamente en el desarrollo temprano de los



niños/as o incrementando las tasas de mortalidad neonatal. El Ministerio de Salud y Deportes dispone de un Plan de atención a la Salud materna dentro del continuo, que prevé la atención prenatal oportuna, la atención calificada del parto y una serie de medidas destinadas a facilitar el cuidado de niños/as en los primeros años de vida. Así como un conjunto de medidas que deben aplicar los servicios para la atención integral de las gestantes que constituyen los cuidados obstétricos y neonatales esenciales.

Adicionalmente se facilitara la información y mecanismos necesarios para que adolescentes y jóvenes tengan acceso a la salud sexual y reproductiva.

· Prevención de infecciones de Transmisión sexual y VIH /SIDA

Debido al limitado acceso de la población adolescente y joven a servicios de salud (particularmente varones) y uso de métodos preventivos, no es posible disponer de cifras que orienten sobre la verdadera magnitud de las infecciones de transmisión sexual, la Encuesta de Juventudes revela que cerca de 76% de la población menor de 19 años tiene conocimiento acerca de las mismas, el conocimiento es mayor en poblaciones de mas de 20 años y constituye una causa frecuente de consulta en servicios de salud.

De las infecciones de transmisión sexual VIH SIDA es la que tiene mayor connotación debido a que la incidencia en poblaciones cada vez mas jóvenes constituye un problema de salud publica que amerita intervenciones particulares y diferenciadas en adolescentes y jóvenes debido a la brecha que existe entre el conocimiento sobre métodos efectivos de prevención y el uso de estos.

La intervención mas accesible a adolescentes quienes además en un 67% no usan ningún método de prevención en su primera relación sexual es promover el uso del condón como “doble protección” para incidir también en la reducción de embarazos a edad temprana.

· Prevención y atención de la Violencia Sexual

La intervención tiene un carácter multisectorial, ya que involucra a varios servicios sociales y judiciales, el Ministerio de Salud y Deportes dispone de normas y protocolos de atención en servicios consensuadas con los otros Ministerios que deben ser aplicadas con carácter obligatorio, por tanto también a partir del presente plan se desplegaran acciones que hagan factible su aplicación y monitoreo.



· Promoción de hábitos saludables

El plan priorizara la difusión de medidas preventivas para reducir el consumo de alcohol y drogas debido a que el segmento poblacional de 10 a 24 años está permanente expuesto a la información inadecuada vertida por los medios de comunicación, el mercado y los propios pares.

En esta misma línea es fundamental que adolescentes y jóvenes recuperen hábitos saludables de consumo de alimentos, recuperando los usos y costumbres de las comunidades, al margen de promover consumo de alimentos nativos, se hará énfasis en la calidad de la dieta procurando suplementar deficiencias ya documentadas a través de la administración de micronutrientes.

Finalmente tendiendo como evidencia que en la ultima década han sido frecuentes las epidemias por enfermedades emergentes se promocionara entre la población objetivo las medidas preventivas que el Ministerio de Salud y Deportes disponga con carácter normativo.

· Acceso universal a servicios de redes de salud

En coherencia con las políticas de salud se desarrollaran acciones de abogacía y promoción a fin de que adolescentes y jóvenes tengan acceso universal a servicios de salud y a sistemas de aseguramiento publico en aspectos prioritarios de la atención de salud.





14. Fin del Plan

Adolescentes y jóvenes de Bolivia son actores protagónicos para el desarrollo de sus potencialidades y la mejora de su calidad de vida; disminuyendo los niveles de pobreza y promoviendo su participación y movilización para responder a la problemática de la salud y sus determinantes en el marco del proceso de transformación del país.

15. Propósito del Plan

Contribuir a mejorar las condiciones de salud de adolescentes y jóvenes, favoreciendo el ejercicio de sus derechos, a través de la formulación de intervenciones preventivo y promocionales de carácter Transectorial, acordes a los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y el Plan Quinquenal de Juventudes; a través del desarrollo de acciones integrales y diferenciadas de atención a la salud de adolescentes y jóvenes del país, movilizandolos recursos públicos (nacionales, departamentales y locales) y privados en el marco del SAFCI.

16. Enfoques del Plan

Derechos Humanos, entendidos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción

Integralidad, es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz

Interculturalidad, espacios de negociación e intercambio de las diferentes culturas con sus propias cosmovisiones, expresiones, formas de simbolizaciones y de producción material, que además están permeados por relaciones de etnia, clase social, generación y género. Desde esta perspectiva se reconocen las culturas juveniles, las cuales se reproducen y modifican a través de lo cotidiano y que independientemente de las particularidades de nuestro país, no se pueden negar en función de su concentración, sobre todo, en los ámbitos urbanos.



Participación Juvenil: Entendida como la apertura para la recepción, asimilación y consideración de las necesidades, demandas y propuestas juveniles, desde las voces de sus propios actores y aquellos sectores relacionados de manera directa o indirecta con éstos.

Diversidad, es el marco del reconocimiento de la multiplicidad de jóvenes que habitan y viven en nuestro país y por ende sus formas de ver, de expresarse, sus estilos de vida, contextos, etc., sin solidarias, de convivencia entre diferentes pero con las mismas oportunidades

Intergeneracionalidad, es la perspectiva de que las juventudes no se construyen de manera aislada y por si mismas, sino en la interacción constante con el mundo adulto y el mundo adolescente y otras etapas generacionales, donde un elemento de vital importancia es la construcción de puentes generacionales, que permitan la estructuración de relaciones basadas en el respeto, antes que en los estereotipos y abusos de poder. La propuesta es construir un diálogo horizontal entre adolescentes, niños/as y personas adultas, como un continuo que apropia espacios formales y no formales; es la incorporación activa de adultos/as en la transformación de las diferencias creadas por el adultocentrismo que mira a los y las adolescentes como “adultos en formación”, con menos derechos y oportunidades de participación.

Géneros, categoría construida a partir de elementos culturales que varían entre sociedades y entre generaciones, pero que en general reproducen una cultura patriarcal, donde las mujeres – mucho más las adolescentes y jóvenes bolivianas – enfrentan el poder que se ejerce desde el mundo masculino y adulto.

Derechos sexuales y derechos reproductivos, son parte de los derechos humanos, implican el reconocimiento y ejercicio de derechos como: el derecho a la vida, a la formación, a decidir el tamaño de familia, a contraer matrimonio, a la educación, a la intimidad y otros. Entre los derechos de adolescentes están: recibir información real y adecuada, decidir con libertad y expresar lo que siente y piensa, disfrutar responsable y libremente de su sexualidad, decir si o no a una relación sexual, ser respetado en gustos, valores y orientaciones sexuales; una educación para la sexualidad oportuna, integral y libre de prejuicios, no ser discriminados en el trabajo o el estudio por razones de embarazo o maternidad, contar con servicios de salud respetuosos y confidenciales, prevenir embarazos no planificados, conocer, decidir y acceder a los métodos de anticoncepción, acceder a la orientación, prevención y atención de infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH Sida, tener atención en casos de violencia sexual, participar en programas y organizaciones de adolescentes para expresar sus intereses, necesidades y propuestas.

Atención Diferenciada, es un enfoque que promueve un cambio de actitud del personal de salud en el abordaje de la atención de adolescentes y jóvenes en los servicios de salud, que parte de una aproximación positiva, basada en el diálogo,



la orientación, reforzamiento de la autonomía, la autodeterminación y la defensa de los derechos. Continúo del cuidado, propone intervenciones integradas a lo largo del ciclo de vida de las personas y que pueden brindarse en los diferentes niveles de atención del modelo SAFCI y también del hogar a través de la familia y la comunidad priorizando las intervenciones de promoción de hábitos saludables que permiten la prevención y cuidado de la salud en el hogar.

Desde este punto de vista del continuo la población adolescente y joven requiere atención de la salud biológica, psicológica y social, por tanto tiene que haber énfasis en el componente preventivo promocional con énfasis en la atención sexual y salud reproductiva.

17. Plan de Operaciones para la Salud Integral de la Adolescencia y la Juventud

Marco de resultados

RESULTADO 1: POLÍTICAS DE GESTIÓN

Planes y políticas de aplicación obligatoria destinados a promover la salud de adolescentes y jóvenes aportando al proceso de recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria, orientada a fortalecer la rectoría del sistema único de salud, intercultural y comunitario.

ESTRATEGIA: Diseñar y ejecutar políticas, planes y programas dirigidos a jóvenes con enfoque de derechos.

ACTIVIDADES

- Desarrollar alianzas estratégicas intrasectoriales, intersectoriales, interinstitucionales involucrando a jóvenes, padres y madres, maestros/as, prestadores de servicios y la comunidad, para la conformación de una plataforma de fortalecimiento técnico del plan de salud dirigido a adolescentes y jóvenes a nivel nacional, departamental y municipal.
- Elaborar planes operativos para las redes de servicios de salud que prioricen las intervenciones más relevantes a favor de la salud de adolescentes y jóvenes y garanticen su calidad y sostenibilidad financiera.
- Desarrollar acciones de abogacía para la implementación del Seguro Universal que incluya a adolescentes y jóvenes.



- Dar seguimiento a los compromisos suscritos por el gobierno, en torno a la Convención Iberoamericana de Derechos de la Juventud, que incluye embarazo no planificado en la adolescencia, infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA, prevención de la violencia sexual y otros asumidos por el sector salud en torno a temas específicos (REMSA) y el Plan Quinquenal de Juventudes en coordinación intersectorial y multiministerial.
- Elaborar planes estratégicos en los diferentes niveles de atención, con la participación de adolescentes y jóvenes, en las actividades a desarrollar dentro y fuera del servicio.

RESULTADO 2: ACCESO A SERVICIOS

Disponibilidad y calidad de redes de servicios con establecimientos de salud acreditados para atender las necesidades de salud de adolescentes y jóvenes en base a modelos de gestión adecuados a las realidades locales, que promuevan los Derechos Humanos y Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

ESTRATEGIA: Desarrollo de modelos de gestión local y atención en el marco del SAFCI.

ACTIVIDADES:

- Desarrollar diagnósticos locales de la situación de las redes de salud para identificar las necesidades e intervenciones más pertinentes.
- Identificar modelos de intervención local ya desarrollados que facilitan el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios diferenciados.
- Desarrollar nuevas propuestas de intervención conjuntamente al personal de salud, organizaciones de cooperación internacional, otras organizaciones relacionadas con la temática y la comunidad.
- Incorporar el componente de Salud Diferenciada a los/las Adolescentes, en la formación pregradual de todas las carreras del área de salud del sistema nacional de universidades.
- Sensibilizar y capacitar en el enfoque de atención diferenciada al adolescente.
- Capacitar a redes de servicios en la aplicación de los Cuidados Obstétricos y Neonatales de Emergencia (CONE).



- Desarrollar investigaciones operativas destinadas a identificar, problemas prevalentes y captar las barreras de acceso a los servicios y de esta manera mejorar la calidad de atención de salud de adolescentes y jóvenes.
- Implementar iniciativas de registro, recolección y análisis de datos que contribuyan a la toma de decisiones en el CAI y para medir el acceso de los servicios y otras necesidades.

RESULTADO 3: PARTICIPACIÓN JUVENIL

Procesos de participación y movilización desarrollados para el empoderamiento de adolescentes y jóvenes para el ejercicio de sus Derechos, y así contribuir a la toma de decisiones y autocuidado de su salud y sus proyectos de vida.

ESTRATEGIA: Fortalecimiento del liderazgo de adolescentes y jóvenes para el ejercicio de su derecho a la salud.

ACTIVIDADES:

- Capacitación a adolescentes y jóvenes en temas de salud, derechos sexuales y derechos reproductivos como parte de los derechos humanos, para el logro de un proyecto de vida.
- Apoyo a procesos de movilización y actividades de comunicación (de joven a joven en las modalidades, interpersonales, grupales o masivas).
- Incentivo proyectos juveniles en salud y derechos como parte de los procesos de extensión comunitaria del sistema de salud en los primeros niveles.
- Fortalecer y conformación de consejos municipales de la juventud y otras agrupaciones juveniles que promuevan acciones culturales, deportivas, recreativas y medio ambientales, y ejerzan control social para garantizar la calidad de los servicios de salud.
- Integrar a los organismos de cooperación internacional en la problemática de salud del adolescente en los 9 departamentos para canalizar los recursos de la cooperación de manera equitativa.

RESULTADO 4: PROMOCIÓN DE LA SALUD Y ENTORNOS SALUDABLES

Acciones de promoción y prevención desarrolladas en torno a determinantes de la salud para lograr estilos de vida y entornos saludables para contribuir a la toma de decisiones y autocuidado de su salud y sus proyectos de vida en adolescentes y jóvenes.



ESTRATEGIA: Desarrollo de alianzas estratégicas para intervenir en las determinantes en salud.

ACTIVIDADES:

- Alianzas estratégicas entre Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Viceministerio de Igualdad de Oportunidades, organizaciones juveniles y juntas escolares para el desarrollo de programas en educación para la sexualidad, que incluye la prevención de embarazos no planificados, ITS-VIH Sida y violencia sexual.
- Priorizar la participación adolescente-juvenil en los espacios de deliberación en salud (Comité local de salud, consejos sociales de salud).
- Desarrollar alternativas educacionales para que el personal de salud fortalezca sus competencias en el abordaje de derechos sexuales y reproductivos.
- Implementar procesos de sensibilización e información para la comunidad en temas trascendentes como: Derechos sexuales y reproductivos incluyendo los temas de prevención del embarazo en la adolescencia, ITS-VIH Sida y violencia sexual, a través de mini medios, medios masivos y TICs.
- Desarrollar procesos informativos destinados a socializar el Plan Quinquenal de Juventudes.
- A través de la Plataforma del Plan identificar materiales para adolescentes y jóvenes y estandarizarlos para su aplicación a nivel nacional.

RESULTADO 5: MONITOREO Y EVALUACIÓN

Sistema de Monitoreo y Evaluación con indicadores identificados de proceso e impacto para medir la implementación y aplicabilidad del plan.

ESTRATEGIA: Sistema de Monitoreo y Evaluación.

ACTIVIDADES:

- Elaborar un diagnóstico situacional de la salud de adolescentes y jóvenes.
- Mecanismos de monitoreo de implementación del plan a nivel municipal y departamental.



- Establecer un estándar de indicadores de proceso e impacto pertinentes para medir el impacto del plan.
- Insertar las variables de los indicadores en los formularios SNIS de producción de servicios, para facilitar el monitoreo continuo.
- Desarrollar un proceso de fortalecimiento del Sistema de información en salud, para la producción de información en redes de servicios a nivel municipal, departamental y nacional, produciendo y difundiendo información desagregada sobre situación de salud de adolescentes y jóvenes, principalmente en cuanto a prevalencia de VIH, embarazos y violencia sexual.
- Desarrollar un sistema de calidad en forma conjunta entre adolescentes, jóvenes y personal de salud en base al enfoque de atención diferenciada para ser implementado en espacios institucionales y comunitarios.

18. Indicadores de Impacto

Se habrá incrementado hasta el año 2013, el número de establecimientos de salud que ofertan servicios de atención diferenciada a adolescentes y jóvenes con énfasis en salud sexual y reproductiva.

- Se habrá incrementado el uso de condón como método de doble protección (Prevención de embarazo y prevención de ITS Y VIH) de 33% a 50% ⁵.
- Se habrá incrementado hasta el año 2013 el número de establecimientos de salud que disponen de condones para ser ofertados para prevención de embarazos no planificados y prevención de ITS y VIH.
- Se habrá disminuido de 20 a 15% hasta el año 2013 la proporción de adolescentes que son madres o están embarazadas.
- Se habrá contribuido a la reducción de la razón de mortalidad materna ⁶.
- Se habrá disminuido de 16 por ciento a 12 por ciento la probabilidad de un segundo embarazo no planificado.
- Se habrá reducido la prevalencia de anemia ferropriva en mujeres adolescentes y jóvenes de 37 por ciento a 31 por ciento.

⁵ Línea Final del Proyecto de fortalecimiento del modelo de atención transectorial a adolescentes UNFPA 2009

⁶ Metas del Plan Estratégico nacional, para mejorar la salud materna, perinatal y neonatal en Bolivia 2009-2015



- Se habrá implementado el Seguro Universal de Salud con enfoque de atención diferenciada para los adolescentes y jóvenes en el 100 por ciento de los servicios de salud del primer nivel de atención de la red SAFCI.
- Se habrá incrementado el porcentaje de adolescentes y jóvenes que utilizan métodos anticonceptivos en su última relación sexual de 67% a 80% hasta el 2013 ⁷.

19. Indicadores de Proceso

- Se han desarrollado nueve programas de promoción de hábitos saludables de alimentación en ciudades capitales.
- Se han establecido al menos 30 redes de atención a adolescentes a nivel nacional hasta 2013.
- Se ha evaluado la aplicación del enfoque de atención diferenciada a adolescentes y jóvenes en el 100 por ciento de las redes seleccionadas a nivel nacional.
- Se ha capacitado al 100 por ciento del personal de salud de las redes seleccionadas en el enfoque de atención diferenciada.
- Se han completado procesos de calidad definida en forma conjunta entre proveedores y usuarios/as adolescentes y jóvenes en al menos 50 por ciento de las redes seleccionadas.
- Se han identificado organizaciones juveniles o jóvenes en cada una de las redes seleccionadas que han elaborado proyectos de intervención en salud, determinantes en salud y/o derechos.
- Se han establecido Consejos Municipales de la Juventud en cada uno de los municipios de las redes seleccionadas.
- Se han establecido redes locales de líderes adolescentes y jóvenes que aplican estrategias de joven a joven en torno a las redes seleccionadas.
- Se ha establecido el componente de salud oral preventiva y curativa en los servicios de las redes seleccionadas como parte de la atención diferenciada.

⁷ Línea Final del Proyecto de fortalecimiento del modelo de atención transectorial a adolescentes UNFPA 2009



20. Bibliografía

1. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Programa Nacional de Atención a la Salud Integral de los y las Adolescentes 1996-2003.- -La Paz: s.e, 1996.
2. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Plan Nacional para la Salud y el Desarrollo Integral de las y los Adolescentes 2004-2008.- -La Paz: s.e, 2004.
3. Bolivia. Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo nacional de población y vivienda. - -La Paz: s.e, 2001
4. Bolivia. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta continua de hogares 2003-2004.- -La Paz: s.e, 2003
5. Bolivia. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Encuesta continua de hogares 2004-2005.- -La Paz: s.e, 2004
6. Bolivia. Cooperación Alemana (GTZ). Encuesta nacional de juventud 2003. - -La Paz: s.e, 2003
7. Bolivia. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta nacional de demografía y salud. - -La Paz: s.e, 2003
8. Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta nacional de demografía y salud 2008: informe preliminar. - -La Paz: s.e, 2008
9. Bolivia. Viceministerio de Igualdad de Oportunidades. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Encuesta nacional adolescencia y juventud.- -La Paz s.e, 2008

Este documento fue impreso con el financiamiento de:



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

Bolivia Digna, Soberana, Democrática y Productiva

 PARA VIVIR BIEN