

# Relevamiento de Información sobre **SALUD GENERAL Y SSR DE ADOLESCENTES Y JÓVENES INDÍGENAS EN BOLIVIA**

*“Surcando caminos, develando realidades,  
esbozando desafíos”*



Relevamiento de Información sobre  
**SALUD GENERAL Y SSR DE ADOLESCENTES  
Y JÓVENES INDÍGENAS EN BOLIVIA**



*“Surcando caminos, develando realidades,  
esbozando desafíos”*

**Relevamiento de Información sobre  
SALUD GENERAL Y SSR DE ADOLESCENTES  
Y JÓVENES INDÍGENAS EN BOLIVIA**

*“Surcando caminos, develando realidades, esbozando desafíos”*

BO Salinas Mulder, Silvia.  
WS460 Relevamiento de información sobre salud general y SSR de  
SI 65r adolescentes y jóvenes indígenas en Bolivia: “Surcando caminos,  
develando realidades, esbozando desafíos”. / Silvia Salinas Mulder;  
Moira Rimassa Paz.—La Paz: FCI/Bolivia, OPS/OMS-AECID, 2010.  
I. SALUD  
II. SALUD DE LOS ADOLESCENTES  
III. SALUD DE LA POBLACIÓN INDÍGENA  
IV. SERVICIOS DE SALUD DEL ADOLESCENTE  
V. POBLACIÓN INDÍGENA  
IV. BOLIVIA  
I. Rimassa Paz, Moira  
I. t.

Depósito legal: 4-1-1047-10  
I.S.B.N.: 978-99954-0-836-7

Diseño: graphus®  
E-mail: creative@graphusecuador.com

# CONTENIDO

Listado de tablas y gráficos 6

Abreviaciones y siglas 7

## **I INTRODUCCIÓN** 9

## **2 OBJETIVOS** 12

- Propósito 12
- Objetivos generales 12
- Objetivos específicos 12

## **3 METODOLOGÍA Y ALCANCE** 13

- Fuentes 13
- El problema de la información 13
- Preguntas de investigación 14
- Ejes analíticos 14
- Miradas transversales 15
- Actividades 15
- Horizonte de tiempo 15
- Grupo etáreo

## **4 MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL** 16

- Pueblos - poblaciones indígenas 16
- Adolescencia y juventud 21
- Salud 22
- Salud sexual 22
- Salud reproductiva 22
- Cultura 23
- Interculturalidad vs. multiculturalismo 23
- Derecho a la salud 24
- Salud e interculturalidad 24

-	Enfoque de derechos	25
-	Enfoque de género	25
-	Enfoque de ciclo de vida	26

## 5

### **MARCO NORMATIVO Y DE POLÍTICAS** 27

•	APROXIMACIONES AL MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL	27
-	Marco normativo internacional sobre salud y salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes	27
-	Marco normativo internacional sobre derechos de pueblos indígenas	30
•	MARCO NORMATIVO NACIONAL RELACIONADO CON LA SALUD LOS DERECHOS Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ADOLESCENTES Y JÓVENES Y DERECHOS DE PUEBLOS INDÍGENAS	33
-	Nueva Constitución Política del Estado (NCPE)	33
-	Plan Nacional Desarrollo (PND)	35
-	Salud Familiar y Comunitaria Intercultural (SAFCI)	36
-	Plan estratégico para mejorar la salud materno-perinatal y neonatal en Bolivia (2009-2013)	36
-	Ley para la prevención del VIH / SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para personas que viven con VIH / SIDA No. 3729/07	37
-	Política de reducción de la violencia (en espera de aprobación)	37
-	Plan estratégico nacional de salud sexual y reproductiva (2009-2013)	37
-	Código niño, niña y adolescente (1999)	38
-	Plan nacional de desarrollo comunitario de la infancia, de la niñez y la adolescencia 2009-2013	38
-	Plan nacional de juventudes "Jóvenes unidos/as por el cambio" (2008-2013)	38
-	Anteproyecto de "Ley nacional de juventudes"	38
-	Plan nacional por la igualdad de oportunidades "Mujeres construyendo la nueva Bolivia para vivir bien"	39
-	Plan nacional de acción de derechos humanos "Bolivia digna para vivir bien" (2009-2013)	39
•	BALANCE NORMATIVO	39

## 6

### **APUNTES SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS Y LA SITUACIÓN DE ADOLESCENTES INDÍGENAS EN BOLIVIA** 41

-	Aspectos demográficos	41
-	Pobreza	48
-	Empleo	51
-	Educación	53
-	Migración	57
-	Participación social	60
-	Gasto social	62

## 7

**APROXIMACIONES A LA SITUACIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES INDÍGENAS, CON ÉNFASIS EN SSR**

	63
• SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, CON ÉNFASIS EN SSR	63
- La cuestión indígena y el estado de salud de la población	63
- Caracterización de la exclusión en salud	66
- Género, conocimientos y riesgo	66
- Servicios	67
- Políticas públicas de salud indígena	67
• SITUACIÓN DE LA SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES INDÍGENAS	68
- El índice de desarrollo municipal de la infancia, niñez y adolescencia	69
- Exclusión en salud	72
- Problemas de salud priorizados	72
- Conocimientos y concepciones sobre SSR	72
- Género, etnicidad y fertilidad	75
- Uso de métodos anticonceptivos	76
- Embarazo adolescente	77
- VIH / SIDA	82
- Violencia	82
- Asistencia a servicios de salud	86
- Planes y programas	88

## 8

**PINCELADAS SOBRE LAS INICIATIVAS Y RESPUESTAS DESDE EL ESTADO Y SOCIEDAD CIVIL**

	89
- Conocimiento e información	89
- Planes, programas y proyectos	91
- Servicios	93

## 9

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

	95
- Síntesis de los hallazgos	95
- Conclusiones generales	95
- Recomendaciones	99

Anexos	103
--------	-----

Registro de contactos a instituciones y expertos/as por departamento	103
--	-----

Bibliografía consultada	106
-------------------------	-----

# Listado de tablas y gráficos

## TABLAS

- <b>Tabla 1</b>	Población mayor de 15 años según combinación de respuestas de auto-pertenencia, idioma que habla e idioma hablado de la niñez.	20
- <b>Tabla 2</b>	Bolivia 2001: hijos/as de 15 o más años de edad en hogares particulares por condición étnico-lingüística, según tipo de hogar	44
- <b>Tabla 3</b>	Bolivia 2001: estructura de la población por condición étnico-lingüística y sexo, según grandes grupos de edad y área de residencia	44
- <b>Tabla 4</b>	Bolivia: pueblos indígenas por departamento y región de 15 años o más de edad	45
- <b>Tabla 5</b>	Población adolescente y joven según auto-identificación étnica	47
- <b>Tabla 6</b>	Pobreza en área rural	51
- <b>Tabla 7</b>	Bolivia 2001: tasa global de participación de la población de 7 años y más por condición etno-lingüística según área y grupos de edad (porcentaje)	52
- <b>Tabla 8</b>	Cobertura de agua potable y saneamiento básico	65
- <b>Tabla 9</b>	Población adolescente y joven según temas de educación sexual recibida	73
- <b>Tabla 10</b>	Población joven que conoce los derechos sexuales y reproductivos	74
- <b>Tabla 11</b>	Población adolescente y joven según métodos de anticoncepción que conoce	76
- <b>Tabla 12</b>	Embarazo y maternidad de adolescentes. Porcentaje de adolescentes (15-19 años) que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, por características seleccionadas, Bolivia 2008	78
- <b>Tabla 13</b>	Mujeres adolescentes y jóvenes según experiencia de embarazo y embarazo deseado	79
- <b>Tabla 14</b>	Consecuencias negativas de la fecundidad adolescentes para las madres, los hijos y la sociedad	81
- <b>Tabla 15</b>	Casos de violencia física y sexual atendida en los servicios de salud (2006)	83
- <b>Tabla 16</b>	Población adolescente y joven según relación sexual forzada	84
- <b>Tabla 17</b>	Población adolescentes y joven según tipo de agresión recibida	85

## GRÁFICOS

- <b>Gráfico 1</b>	Bolivia: auto-identificación con pueblos originarios o indígenas de la población de 15 años o más de edad por sexo, censo 2001 (en porcentaje)	18
- <b>Gráfico 2</b>	Bolivia: auto-identificación de la población de 15 años o más de edad por sexo, según categoría de auto-identificación, censo 2001 (en porcentaje)	19
- <b>Gráfico 3</b>	Población Infantil, adolescente y juvenil	42
- <b>Gráfico 4</b>	Estructura de la población adolescente y joven	43
- <b>Gráfico 5</b>	América Latina (18 países): cociente entre tasa de pobreza de distintos subgrupos de la población, alrededor de 1990, 2002 y 2008a/	48
- <b>Gráfico 6</b>	América Latina (15 países): personas de 15 a 19 años que no han logrado culminar la educación primaria según área de residencia, 2002 (en porcentajes)	54
- <b>Gráfico 7</b>	América Latina (9 países): personas de 15 a 19 años que no han logrado culminar la educación primaria según grupo étnico o racial, total nacional, alrededor del 2020 (en porcentajes)	55
- <b>Gráfico 8</b>	Bolivia 2001: promedio de años de estudio de la población de 19 años o más edad por condición étnico- lingüística, sexo y residencia	56
- <b>Gráfico 9</b>	Razones de migración	58
- <b>Gráfico 10</b>	Migración de largo plazo y reciente	59
- <b>Gráfico 11</b>	Índice del ambiente de salud por departamento (sobre un valor máximo de 1)	70
- <b>Gráfico 12</b>	Distribución porcentual de los municipios de acuerdo con los rangos de cumplimiento de derechos en cada ambiente del IDINA (en porcentaje)	71
- <b>Gráfico 13</b>	Lugar donde atendió su salud	87
- <b>Gráfico 14</b>	Modelo integral	100

# Abreviaciones y siglas

ASONGS	Asociación de Instituciones en Salud - Cochabamba
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CEL	Condición Étnico-lingüística
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIDN	Convención Internacional de los Derechos del Niño
CIDJ	Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes
CIES	Centro de Orientación Sexual y Reproductiva de Bolivia
CIMDM	Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio
CIPD	Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo
CIPP	Centro de Investigación y Participación Popular
CISTAC	Centro de Investigación Social, Tecnología Apropriada y Capacitación
CNPV	Censo Nacional de Población y Vivienda
CPE	Constitución Política del Estado
DNI	Defensa de los Niños Internacional
DESC	Derechos Económicos Sociales y Culturales
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENAJ	Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud
EPN	Evaluación Participativa de Necesidades
FI	Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe
FCI	Family Care International
IDINA	Índice de Desarrollo Municipal de la Infancia, Niñez y Adolescencia
IEC	Información, Educación y Comunicación
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ITS	Infección de Transmisión Sexual
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
MSI	Marie Stopes Internacional
NNUU	Naciones Unidas
NCPE	Nueva Constitución Política del Estado
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio



OICH	Organización Indígena Chiquitana
OIJ	Organización Iberoamericana de la Juventud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OP	Oficina Plan Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEA	Población Económicamente Activa
PES	Plan Estratégico Sectorial de Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROADOL	Programa de Adolescentes
RELAJU	Red Latinoamericana de Juventudes Rurales
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SNIS	Servicio Nacional de Información en Salud
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas (en inglés)
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (en inglés)
VIH-SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VIO	Viceministerio de Igualdad de Oportunidades



# INTRODUCCIÓN

A lo largo de las últimas décadas, y en correspondencia con los procesos de inclusión y participación de los pueblos indígenas en la región, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha ido progresivamente prestando atención de

las realidades y necesidades de salud específicas de los pueblos indígenas y, asimismo, de otro grupo poblacional en desventaja particular: los/as adolescentes y jóvenes. En ese marco cabe citar:

- Las **Recomendaciones del Informe Grupo Étnico y Salud** | 32ª Sesión del Comité Ejecutivo OPS, junio 2003, que señalan que “es posible concluir que es necesario formular y desarrollar políticas públicas de salud que respondan a las necesidades específicas de los grupos étnicos/raciales, como un prerequisite para alcanzar una mayor equidad a nivel de la Región. Si bien es cierto que mucho se ha avanzado durante la década pasada en la salud de los pueblos indígenas, esto no agota la problemática sino por el contrario hace necesario incorporar otras categorías que en la actualidad comparten características comunes de exclusión social”.
- La **Estrategia de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas**, presentada en la 138ª Sesión del Comité Ejecutivo de junio 2006: se trata de una estrategia para “promover y proteger la salud de los pueblos indígenas”. La Estrategia propone cuatro líneas estratégicas de acción: a) Velar por la incorporación de la perspectiva indígena en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en las políticas sanitarias nacionales; b) mejorar la información y la gestión del conocimiento en torno a los temas de salud de los pueblos indígenas a fin de fortalecer la adopción de decisiones basadas en

datos probatorios y las capacidades de seguimiento nacionales y regionales; c) integrar un criterio intercultural en los sistemas nacionales de salud de la Región como parte de la estrategia de atención primaria de la salud; y d) forjar alianzas estratégicas con los pueblos indígenas y otros interesados directos clave a fin de promover un avance mayor en pos de la salud de los pueblos indígenas.

- La **Estrategia Regional para Mejorar la Salud de Adolescentes y Jóvenes**, 48° Consejo Ejecutivo, octubre de 2008, que propone una estrategia decenal para responder a las necesidades de salud de los varones y mujeres de edades comprendidas entre los 10 y los 24 años que viven en el continente americano. Esto se plantea lograr mediante el desarrollo y fortalecimiento de la respuesta integrada del sector salud, con especial atención a los adolescentes y jóvenes más vulnerables y a las disparidades prevalentes en el estado de salud entre los países y dentro de los mismos.

Por otro lado, en la recientemente aprobada Resolución CD47.R13 de la OPS, la salud es concebida como un derecho y su abordaje se contextualiza en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la renovación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud y las metas del Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo.

En el marco de su *Estrategia Regional para la Salud Adolescente y de Juventud 2008-2018*, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) actualmente está implementando la iniciativa: *Juventud indígena, salud, desarrollo e inclusión* en cinco países de América Latina y el Caribe: Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Honduras. Esta incluye, entre otros, atender los retos de las conductas de riesgo y la prevalencia de problemas asociados con la salud reproductiva, las ITS y el VIH / SIDA, a través del desarrollo de sistemas de información, diseño de políticas públicas inclusivas, acceso a servicios de salud

integrados y alianzas estratégicas, con participación de las y los jóvenes. Plantea, asimismo, un abordaje desde los enfoques de derechos, género e interculturalidad.

Family Care International (FCI), por su parte, ha trabajado intensamente en temas de salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes en la región de América Latina y el Caribe, brindando asistencia técnica a contrapartes de gobierno y la sociedad civil, y apoyando la elaboración de materiales educativos y de abogacía. También ha promovido los enfoques de género, de juventud y de derechos en las políticas y programas para adolescentes y jóvenes. El trabajo de FCI en este campo se enmarca en el Plan Andino para la Prevención del Embarazo Adolescente, una iniciativa regional del Organismo Andino de Salud, que cuenta con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). En Bolivia, FCI ha apoyado

iniciativas con jóvenes en comunidades indígenas del departamento del Beni, dando asistencia técnica para la realización de una Evaluación Participativa de Necesidades en SSR para orientar acciones de abogacía a nivel local.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Family Care International, han establecido una alianza para la realización de este estudio, aunando esfuerzos y capitalizando experiencias en el marco de un objetivo compartido en torno a la salud - y en particular la salud sexual y reproductiva- de adolescentes y jóvenes indígenas en la región.

El documento a continuación está organizado en nueve capítulos; los tres iniciales de carácter introductorio, incluyendo la definición de los objetivos, la metodología, los alcances y limitaciones del estudio. El cuarto capítulo desarrolla un marco conceptual referencial, seguido por el quinto, que se dedica al marco normativo, con una primera sección abocada al marco normativo internacional relevante, una segunda que presenta todas las leyes, políticas, planes y programas vigentes relacionadas con la temática del estudio, incluyendo su análisis desde el enfoque de derechos y la perspectiva de inclusión transversal de los enfoques étnico-cultural, intercultural

ral y de género; el quinto capítulo incluye también un tercer acápite en el que se realiza un balance del marco normativo. El siguiente capítulo seis se aboca a las características y tendencias generales sobre la situación de los/as adolescentes en Bolivia. En el capítulo siete está dedicado a describir y analizar la salud de adolescentes y jóvenes indígenas; presenta por una parte el panorama de salud general de las poblaciones indígenas, no desagregado ni por edad ni por sexo, sobre la base del informe *Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio (UDAPE, NNUU, OIT 2006)*. La segunda parte de ese capítulo se concentra ya en adolescentes y jóvenes, precisando en la medida de lo posible en base a la información disponible, las características particulares de adolescentes y jóvenes indígenas. El capítulo ocho presenta una reflexión sobre las respuestas e iniciativas tanto desde el Estado y la sociedad civil en torno a: a) Conocimientos e información; b) Programas y proyectos; c) Servicios, y d) Aspectos metodológicos; e) Información, educación y comunicación (IEC). El capítulo nueve contiene las conclusiones y recomendaciones. A continuación se incluye la extensa bibliografía consultada y, como anexo, el listado de instituciones y expertos/as consultados.



# OBJETIVOS

## ♦ Propósito

Contribuir al conocimiento sobre las necesidades de las poblaciones indígenas adolescentes y jóvenes de Bolivia en materia de salud, y en particular de salud sexual y reproductiva, para mejorar el diseño e implementación de políticas públicas y la oferta de servicios.

## ♦ Objetivos generales

- En base a información disponible, desarrollar un diagnóstico sobre la situación de salud general de adolescentes y jóvenes indígenas en Bolivia (incluyendo malaria, tuberculosis y Chagas), con énfasis en salud sexual y salud reproductiva.
- Contar con un diagnóstico sobre las respuestas desde el Estado y la sociedad civil a las necesidades de las poblaciones indígenas adolescentes y jóvenes en materia salud en general y en particular de SSR, que permita orientar acciones con ese grupo poblacional.

## ♦ Objetivos específicos

- Investigar y acopiar información disponible sobre la salud de adolescentes y jóvenes indígenas en Bolivia, con énfasis en su SSR.
- Proponer un marco conceptual para abordar la temática de la salud de adolescentes y jóvenes indígenas.
- Desarrollar un estado del arte sobre los conocimientos disponibles en Bolivia sobre la situación de salud y las necesidades específicas de SSR de sus poblaciones de adolescentes y jóvenes indígenas.
- Evaluar la inclusión de una perspectiva étnica-cultural y de género en las políticas, planes y programas de salud dirigidos a los y las adolescentes y jóvenes, en particular aquellos de salud sexual y reproductiva.



# METODOLOGÍA Y ALCANCE

## ◆ Fuentes

Se trata de un trabajo tanto cuantitativo como cualitativo. En ese marco, se basó en esencia en fuentes secundarias de información, incluyendo el acopio, revisión y análisis de datos estadísticos, leyes, políticas, planes, estudios, programas, proyectos, documentos analíticos, memorias, así como material de Información, Educación y Comunicación (IEC). Cabe destacar que se revisaron documentos tanto nacionales como regionales, con particular atención en las distintas producciones estadísticas y analíticas de la CEPAL y el CELADE relacionadas a la situación de los/as indígenas. A lo largo de su desarrollo también se realizaron algunas entrevistas de carácter referencial, con el objetivo de orientar la búsqueda de información y profundizar el conocimiento.

## ◆ El problema de la información

En el marco de lo anterior, cabe mencionar que este estudio se enfrentó a tres dificultades importantes respecto a la disponibilidad y acceso a información, que pueden ya ser consideradas parte de los desafíos a futuro: a) la complejidad y multidimensionalidad de la definición de la po-

blación indígena; b) la variedad de definiciones de la población adolescente y joven, entendiéndose por un lado que se trata de categorías construidas socio-culturalmente, y, por el otro, que existen distintas definiciones de rangos etáreos asociados a estas categorías; c) las limitaciones de las fuentes de datos, que tienen que ver en general con una debilidad en la producción de información estadística y particularmente desagregada por distintas categorías, y a su vez con los aspectos señalados en los puntos a) y b).

Como señala el informe referido a los ODM en pueblos indígenas y originarios, la definición del tamaño de la población indígena, y por ende de sus subgrupos etáreos, continúa siendo un tema controvertido: "En Bolivia, la información oficial proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) revela, según el censo de 2001, que 62% de la población boliviana de 15 y más años pertenece a pueblos indígenas u originarios. Sin embargo, en otro informe de la misma institución, se afirma que 49% de la población es indígena acudiendo a criterios basados en el idioma, actividad económica y localización geográfica" (UDAPE, NNUU, OIT 2006).

El Comité de Seguimiento de la Convención contra todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en su respuesta al Informe de presentado por el Estado Boliviano el 2008, alerta sobre la existencia de serios problemas con la información estadística disponible, que impiden una apreciación clara del estado de situación y, en consecuencia, afectan negativamente el diseño e implementación de políticas, programas, proyectos y servicios efectivos en la satisfacción de las necesidades y la resolución de los problemas:

46. El Comité lamenta la falta de datos estadísticos desglosados por sexo, edad, zonas rurales y urbanas y origen étnico en el informe, que dificulta la evaluación precisa de la situación real de la mujer en la mayor parte de los ámbitos tratados en la Convención. El Comité observa con preocupación que la escasez de datos pormenorizados podría también constituir un impedimento para el propio Estado Parte a la hora de concebir y poner en marcha políticas y programas específicos y evaluar su eficacia en lo que respecta a la aplicación de la Convención.

*CEDAW 2008.*

Según Hopenhayn, Bello y Miranda (2005), “el análisis del racismo, la discriminación y la xenofobia en América Latina enfrenta un primer problema en la falta o insuficiencia de datos que permitan construir indicadores claros. Este problema no es inocente y se relaciona con las frustradas demandas de visibilidad de pueblos indígenas y poblaciones afrodescendientes. La violencia explícita suele ser relevada por el silencio o la omisión, y esto explica la larga lucha

de grupos discriminados por hacer visible sus desventajosas condiciones frente a la sociedad y al Estado”.

### ◆ Preguntas de investigación

- ¿Qué se conoce sobre la situación de salud general y de SSR de adolescentes y jóvenes indígenas? ¿Qué información relevante para políticas y programas está faltando?
- ¿Qué respuesta se está dando a las necesidades de salud general y de SSR de adolescentes y jóvenes indígenas? ¿Cuáles son los retos principales?
- ¿Qué enfoques y estrategias deben enriquecerse en las políticas, planes y programas dirigidos a adolescentes y jóvenes de manera de garantizar la inclusión de las poblaciones indígenas?

### ◆ Ejes analíticos

- Acceso a una salud inclusiva, respetuosa y significativa. Esfuerzos desde los establecimientos de salud para integrar una perspectiva intercultural.
- Acceso a la información sobre sexualidad y salud reproductiva. Esfuerzos (estrategias, programas, campañas, materiales) que integran una perspectiva intercultural y de género.
- Acceso a servicios de salud amigables, con perspectiva intercultural y de género.
- Promoción de la participación de las y los adolescentes y jóvenes indígenas en la elaboración implementación y evaluación de las leyes, políticas, planes y programas dirigidos a esta población.
- Oportunidades para el empoderamiento, liderazgo, autonomía/ciudadanía, y desarrollo (empleo) dirigidas a poblaciones adolescentes y jóvenes indígenas.

- f. Acciones dirigidas a crear un ambiente de respaldo a los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes en las comunidades indígenas (trabajo con stakeholders, campañas, etc.).

### ◆ Miradas transversales

- De derechos, como paraguas global
- Étnica-cultural.
- De género.
- Intercultural.

### ◆ Actividades

La realización de este estudio implicó tres tipos de actividades, según se describe a continuación:

1. Recopilación y sistematización de información.
2. Análisis de la información.
3. Elaboración del informe final.

### ◆ Horizonte de tiempo

Mayoritariamente, el acopio de información contempló documentos cuya producción data del 2000 a la fecha.

### ◆ Grupo etáreo

El estudio abarca a la población adolescente (13 a 19 años) y población joven (20 a 24 años). Sin embargo, cabe reiterar que las distintas fuentes disponibles muestran una gran diversidad de definiciones y rangos etáreos.





# MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

¿Quiénes son los y las adolescentes y jóvenes indígenas? ¿Dónde habitan? ¿Son esencialmente rurales, urbanos, transnacionales...o transitan de un espacio a otro? ¿Qué rol juega la identidad étnica en su autoidentificación identitaria? ¿Qué otras dimensiones determinan la construcción de su identidad? ¿Estos jóvenes representan a su cultura dominante o han construido “subculturas” a través de construcciones culturales alternativas? ¿Los/as adolescentes indígenas pueden considerarse un grupo homogéneo?

¿Cuál es la concepción de salud de los pueblos indígenas? ¿Cuáles en particular las concepciones respecto a temas que hacen a la salud sexual y reproductiva? ¿Estas varían entre los/as adolescentes indígenas? ¿Cuál es la situación de salud de adolescentes y jóvenes indígenas? ¿Cuáles son las causas socioculturales y económicas que determinan sus necesidades y problemas en salud y en particular en SSR?

¿Cómo podemos pensar, desde un enfoque de derechos y de género, un marco de políticas y normativa integral para adolescentes y jóvenes, a su vez culturalmente pertinente e intercultural? ¿En ese contexto, cómo podemos abordar en particular el tema de su salud?

A partir de las preguntas precedentes, que reflejan inquietudes y provocan la reflexión, se desarrolla un breve marco conceptual referencial, que tiene el objetivo de compartir “miradas” y “posiciones” conceptuales desde el equipo in-

vestigador; a la vez que busca contribuir a una comprensión cabal, compartida, multidimensional y culturalmente sensible del diagnóstico y análisis que aquí se presentan.

## ◆ Pueblos - poblaciones indígenas

Los criterios para la definición de la población y pueblos indígenas fueron establecidos en primera instancia por Naciones Unidas (1986):<sup>1</sup>

“...Las comunidades, la gente y las naciones indígenas son las que, teniendo una continuidad histórica con las sociedades pre-coloniales se han desarrollado en sus territorios, considerándose a sí mismos distintos de otros sectores de las sociedades que ahora prevalecen en esos territorios, o en partes de ellos. Forman actualmente sectores no-dominantes de la sociedad y están determinados a preservar, desarrollar y transmitir a las generaciones futuras esos territorios ancestrales y su identidad étnica, como la base de su existencia continuada como pueblo, de acuerdo con sus propios patrones culturales, instituciones sociales y sistemas legislativos”.

(Cita en Albó 2005).

La segunda definición corresponde al Convenio 169 de la OIT sobre “Pueblos indígenas y tribales en países independientes”, ratificado en 1991 por Ley N° 1257 de la República, que establece que los pueblos “...se consideran indígenas por el hecho de descender de poblaciones o pobladores originarios antes de la conquista y colonización, que mantienen total o parcialmente sus características lingüísticas, culturales y de organización social y, como criterio fundamental para determinar a quién se considera indígena, la auto pertenencia o auto adscripción a un específico pueblo indígena”.

Como se enfatiza en el Informe *Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio*, “el Convenio mencionado establece que la autoidentificación es el elemento fundamental de la definición: una persona indígena es aquella que se auto-identifica con el pueblo al que pertenece (sentido de grupo) y es reconocida y aceptada por el grupo como uno de sus miembros (aceptación del grupo). Ello reivindica para el pueblo indígena el derecho y el poder de decisión de quién pertenece al grupo, sin interferencias externas” (UDAPE, NNUU, OIT).

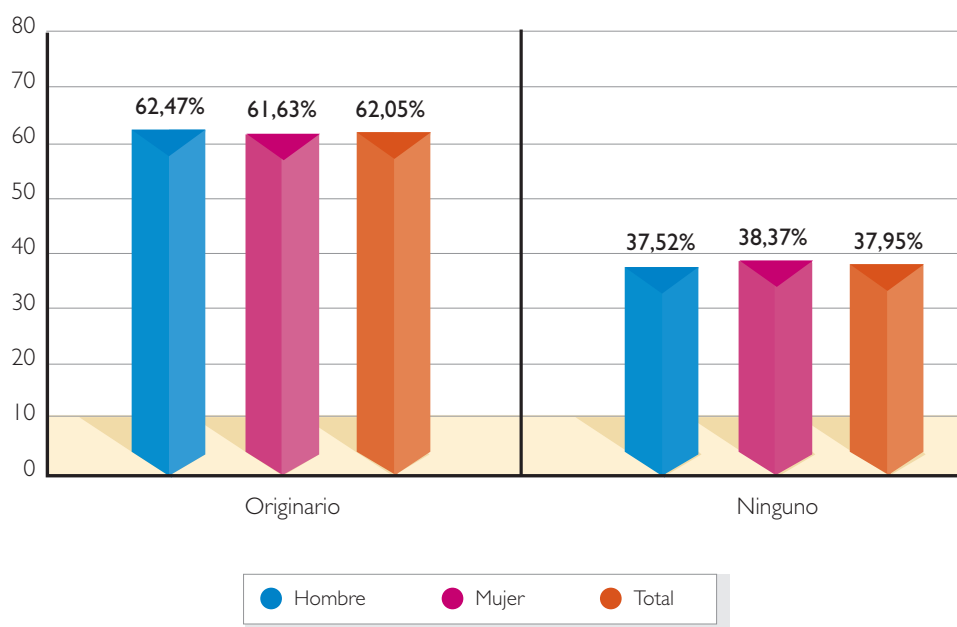
<sup>1</sup> De José Martínez Cobo, relator especial de las NNUU, que propone esta definición en el informe de su estudio “Estudio del problema de discriminación contra las poblaciones indígenas”, iniciado en 1971 y finalizado en 1986.

**Autoidentificación étnica-cultural:** En 2001 el 61,63% de las mujeres y 62,47% de los hombres mayores de 15 años se auto-identificaba con algún pueblo originario; mientras que el 38,37% de mujeres y el 37,52% de los hombres se identifican con “ninguno”. Si se desagrega esta información por categoría de auto-identificación se encuentra que la categoría específica mayor corresponde a “ninguno”, tanto para las mujeres (38,52%) cuanto para los hombres (37,52%). En segundo lugar está la quechua, con el 30,26% de los hombres y el 31,14% de las mujeres. En tercer lugar la aymara, con 25,59% de los hombres y 24,89% de las mujeres. A estas categorías le siguen, muy por debajo, la chiquitana, la guaraní, la mojeña y “otro nativo”.

**AUTO-IDENTIFICACIÓN CON PUEBLOS INDÍGENAS Y ORIGINARIOS**

**GRÁFICO I**

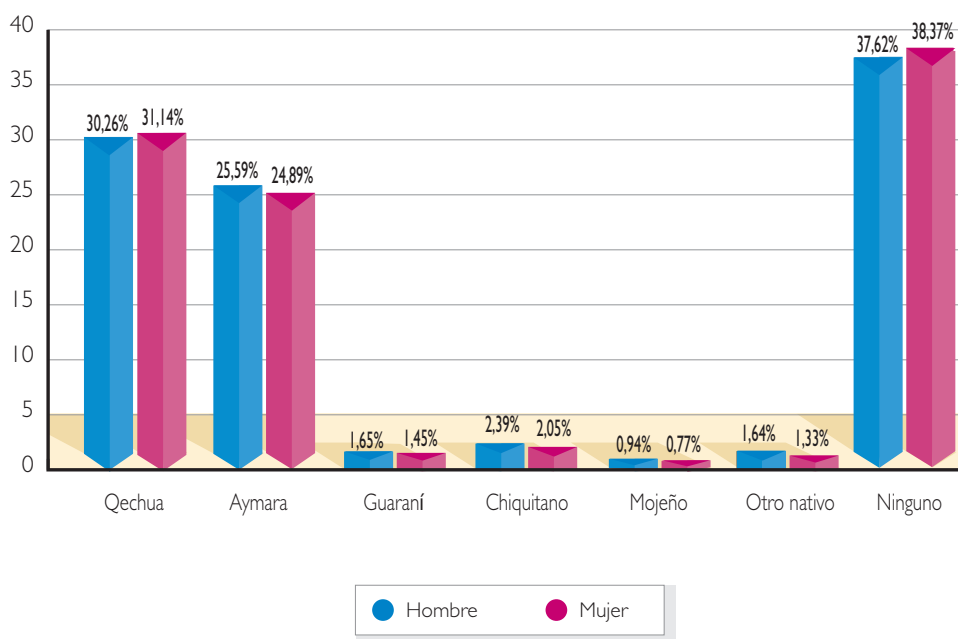
**Bolivia: auto-identificación con pueblos originarios o indígenas de la población de 15 años o más de edad por sexo, censo 2001 (en porcentaje)**



Fuente: INE, CNPV, 2001; Gráfico: Elaboración Jenny Ybarnegaray 2009, PADEP/GTZ.

**GRÁFICO 2**

**Bolivia: auto-identificación de la población de 15 años o más de edad por sexo, según categoría de auto-identificación, censo 2001 (en porcentaje)**



Fuente: INE, CNPV, 2001; Gráfico: Elaboración Jenny Ybarnegaray 2009 PADEP/GTZ.

En el mismo Informe sobre los ODM, empero, Molina y Albó, “proponen la definición de la condición étnico-lingüística (CEL) que combina la autoper pertenencia con el idioma que habla y el idioma materno de las personas... considera población indígena a todas la personas que declararon pertenecer a algún pueblo indígena u originario, pero también incluye a los que declaran no pertenecer y hablan idiomas nativos” (UDAPE, NNUU, OIT 2006):

TABLA I

**Población mayor de 15 años según combinación de respuestas de autopertenencia, idioma que habla e idioma hablado en la niñez**

Combinación	Pertenece al pueblo	Condición étnico-lingüístico		Población de 15 años	Porcentaje	Categorías
		Habla	Aprendió a hablar en su niñez			
1	Indígena originario	Lengua nativa	Lengua nativa	1.774.972	36,2%	
2	Indígena originario	Lengua nativa	Castellano/otro no nativo	588.989	12,0%	65,8%
3	Indígena originario	Castellano/otro no nativo	Lengua nativa	23.212	0,5%	Indígena
4	Indígena originario	Castellano/otro no nativo	Castellano/otro no nativo	660.012	13,5%	3.229.239
5	Ninguno	Lengua nativa	Lengua nativa	182.054	3,7%	
6	Ninguno	Lengua nativa	Castellano/otro no nativo	216.063	4,4%	34,2%
7	Ninguno	Castellano/otro no nativo	Lengua nativa	8.475	0,2%	No indígena
8	Ninguno	Castellano/otro no nativo	Castellano/otro no nativo	1.450.384	29,6%	1.674.922
	<b>Total</b>			<b>4.904.161</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Molina y Albó (2006) sobre la base del Censo 2001).

En términos más generales, Xavier Albó (2005) alude al carácter dinámico de las culturas y pueblos indígenas, y comenta las definiciones de NNUU y de la OIT, señalando que “es difícil si no imposible pensar que un pueblo conquistado y colonizado conserve totalmente sus propias instituciones a lo largo de los siglos. De una manera y otra las transforma, las adapta, pierde unas y crea otras. Por eso sabiamente la OIT añade ‘o parte de ella’ y, en el segundo inciso, añade que un criterio fundamental es también ‘la conciencia de su identidad indígena o tribal’”.

En cualquier caso e independientemente de las opciones, es importante señalar que la definición de la población indígena tiene dos componentes fundamentales: el político y el técnico. Dependiendo de contexto y coyuntura, suele primar el uno sobre el otro; como ilustran Albó y Molina (2006):

“La definición de quién es y quién no es indígena es resultado de un denso proceso histórico en el que confluyen distintos registros sociales, culturales, ideológicos, políticos y jurídicos. Aunque el término indígena ha sido utilizado desde el inicio mismo de la conquista hasta hoy, es un concepto social cuya significación ha variado en el tiempo a partir de criterios que han servido para definir y determinar la posición de personas y grupos en la estructura de jerarquías raciales y étnicas que han caracterizado a la sociedad boliviana”.

(Cita en Figueroa Cárdenas s/f).

## ♦ Adolescencia y juventud

Cuando hablamos de adolescencia y juventud, ¿a qué adolescentes y jóvenes nos referimos? Como enfatiza Margulis, “la noción de juventud que se remite a un colectivo susceptible a los cambios históricos no puede ser enfocada desde una óptica unidimensional. Diversos trabajos se han abocado al estudio de las diferencias de sexo, edad, generación y estratos socioeconómicos que caracterizan la situación de las personas jóvenes, porque la noción de adolescencia y juventud varía según se pertenezca a cada una de estas subpoblaciones en la práctica concreta del inicio de la vida sexual, la actividad escolar, el comienzo de las uniones conyugales, la procreación y el ingreso a la actividad económica. El sexo y la edad se usan tradicionalmente como base de las clasificaciones más usuales, pero existe un acuerdo sobre la idea de que no hay juventud si no juventudes” (cita en López y Findling 2005).

Respecto a la relación género-edad, es importante hacer notar que desde una visión histórica,

“la mayor intensidad en los cambios experimentados por el género femenino (respecto del masculino), ocasiona que las mujeres jóvenes perciban, con referencia a sus madres y abuelas, una distancia cultural mayor que la que experimentan los varones” (Margulis 2001). Pero esto es a su vez relativo, si se considera la siguiente cita de Lomerío, Santa Cruz, que más bien representa la persistencia de los patrones de género que equiparan la femineidad con la maternidad: “Las muchachas en Lomerío no gozan de adolescencia, pasan de ser niñas a ser madres” (Galeote Tormo 1988).

Sociológicamente, la adolescencia es “el período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma” (Muuss 2003). Se define, por ende, en el marco de la dicotomía existente entre la niñez y la adultez. Según la antropóloga Ruth Benedict (1954), la transición de la dependencia infantil a la independencia adulta “se produce de diferentes maneras en distintas culturas, de modo que ninguna de ellas puede ser considerada como natural y universal” (cita en Muuss 2003).

Por ejemplo, en idioma aymara, la palabra “imilla” alude a “la niña desde sus tres años adelante hasta la adolescencia, o la adolescente ‘virgen’, en el sentido de una chica que todavía no tiene experiencia sexual”. Por otro lado, la palabra “palachu” refiere a “la joven adolescente que ya puede ser activa sexualmente” (Arnold y Yapita 1999). En una investigación del UNFPA/FICI Bolivia acerca de la clasificación de las edades y su relación con la vida sexual y reproductiva en comunidades aymaras, se encontró que después de “imilla” una mujer comprendida entre los 12 y 18 años se la denomina k’aju tawaqu, y si es hombre k’aju wayna. Es en esta edad cuando los padres ejercen mayor control con el fin de evitar relaciones sexuales prematrimoniales. Cuando ya inician la búsqueda de pareja, que sería entre los 18 y 30 años, se denominan wayna (hombre) y tawaqu (mujer).

(UNFPA/FICI 2008).

Es más, la adolescencia y juventud indígenas tampoco pueden comprenderse a cabalidad sólo desde la concepción binaria “indígena-no indígena”, pues esta no da cuenta ni de los cambios históricos a lo largo del tiempo, ni de la diversidad al interior del ser “adolescente y jóvenes indígenas”:

“Nuestras familias han cambiado bastante, antes nuestros padres nos vestían con telas de bayeta, es decir, hilaban la lana de oveja negra, la tejían en los telares, luego nos lo hacían costurar pantalones y teníamos zapatos de cuero de llama”.

(Cita de Tapacarí, Cochabamba, PNUD 2006).

### ♦ Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social. Es decir, el concepto de salud trasciende la ausencia de enfermedades y afecciones. Por otro lado, según Ramírez (2005), en el sistema médico tradicional “la enfermedad es vista como un desorden de la naturaleza, como el incumplimiento de ciertas reglas o normas sociales. El origen de la enfermedad puede ser por castigo de los dioses o por un ‘mal’ causado por otra persona o por un espíritu. Los tratamientos consisten en reestablecer el orden deshecho”.

Por otro lado, como señala Donas Burak (2001b), “ser sano o estar enfermo, sentirse sano o enfermo, no es igual para un adolescente argentino de Buenos Aires que para un adolescente en el altiplano de Bolivia o en las áreas marginales de San José en Costa Rica. Cada

grupo social y los adolescentes como grupo en sí mismo, tiene una concepción de lo que es estar o no estar sano, o enfermo, de cuáles conductas son positivas para su salud y los riesgos a los que se exponen sus miembros cuando adoptan ciertas conductas”. En ese marco, durante la adolescencia, la salud está particularmente asociada a una limitada percepción de riesgo: “La adolescencia es un período de exploración, de reconocer su mundo interior y exterior y tener nuevas experiencias necesarias a su desarrollo. Muchas de éstas implican correr un riesgo (la experimentación sexual, la experimentación con drogas, el ejercicio físico brusco sin preparación adecuada), riesgo que no es adecuadamente percibido” (Donas Burak 2001b). La limitada percepción de riesgo a su vez presenta diferencias de género, que determinan un mayor grado de vulnerabilidad de las mujeres adolescentes.

### ♦ Salud sexual

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales de las personas, que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual, es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas.

### ♦ Salud reproductiva

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva también como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una

vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia, que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura. Este nuevo concepto de salud sexual y reproductiva iniciado a partir de la Conferencia del Cairo sobre Población y Desarrollo (1994), refrendado por la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) y la Asamblea Mundial de Sexología (1999), propicia que las personas se construyan como sujetos de derecho en el campo de la sexualidad y la reproducción, lo que implica el acceso a poder y a recursos para tomar decisiones sobre sus vidas y sus cuerpos de manera autodeterminada, sustentadas por el principio ético de la autonomía.

### ♦ Cultura

Según Guerrero (2002), “la cultura hace referencia a la totalidad de prácticas, a toda la producción simbólica o material, resultante de la praxis que el ser humano realiza en sociedad, dentro de un proceso histórico concreto”. La cultura, según el mismo autor, nos permite “vivir juntos dentro de una sociedad organizada, que nos ofrece posibilidad de soluciones a nuestros problemas; conocer y predecir las conductas sociales de los otros; y permite a otros saber qué esperar de nosotros. La cultura hace posible interacciones sociales que dan sentido a la vida de un grupo, que regulan nuestra existencia desde el momento mismo en que nacemos hasta cuando dejamos de ser parte de la sociedad, si nos llega la muerte, pero siempre seremos miembros de una sociedad y de una cultura”.

Una de las concepciones más importantes relacionadas con la cultura, que alude a su creación humana, es su carácter dinámico y su posibilidad de transformarse; es decir, que sólo puede ser aprendida y transmitida al interior de una sociedad concreta, desde y hacia cada uno/a del los/as sujetos. Esto se produce a través de todas las interacciones sociales, y todas las instituciones de una determinada sociedad juegan un rol fundamental en la socialización cultural. – De este carácter humano y dinámico de las culturas deriva también el concepto de “subculturas”, que visibiliza el hecho de que a pesar de existir una cultura hegemónica, no todas las conductas y comportamientos de sus integrantes son homogéneos, y existen diferencias notables incluso entre las áreas de significado y significación de las subculturas. Así, según Nanda, “una subcultura debe ser entendida como un sistema de representaciones, de percepciones, de valores, de creencias, de ritualidades y símbolos, así como de formas de vivir la vida que le otorga a sus miembros un sentido diferente a los de la cultura dominante” (citado en Guerrero 2002).

### ♦ Interculturalidad vs. multiculturalismo

Entendemos por interculturalidad, “el encuentro y diálogo abierto, respetuoso, reflexivo y auto-crítico entre culturas que se reconocen como legítimas, y que asumen, a su vez, la posibilidad del aprendizaje y cambio, sin que ello implique la pérdida de su identidad” (Salinas 2008). La interculturalidad implica, en ese marco:

- El empoderamiento de las culturas excluidas y marginadas.
- La valoración, respeto y reconocimiento como legítimas de culturas distintas.
- El encuentro para el diálogo abierto y reflexivo entre culturas.



- La capacidad autocrítica de las culturas para reconocer y asumir las relaciones de poder y formas de exclusión y discriminación intraculturales.
- Una visión histórica y dinámica de las culturas, que se abren a la posibilidad de aprendizaje y cambio para ampliar la inclusión, la equidad y la igualdad de oportunidades entre todos y todas, sin que ello implique la pérdida de identidad cultural.
- La aceptación de la posibilidad de conflicto, como oportunidad de cambio, re-creación y construcción conjunta.

Según Miguel Rodrigo Alsina (s/f), se entiende por multiculturalismo “la coexistencia de distintas culturas en un mismo espacio real, mediático o virtual, mientras que la interculturalidad sería las relaciones que se dan entre las mismas”. En ese marco y citando a Israel, el mismo autor afirma que “la realidad es multicultural, plural y diversa es un hecho, un punto de partida. Intentar que sea intercultural pasa por el desarrollo de dispositivos comunicativos interculturales”, entendiendo que la comunicación no se limita al intercambio de mensajes, sino implica sobre todo la construcción de sentido.

### ♦ Derecho a la salud

Según el Comité de Derechos Sociales y Culturales, “el derecho a la salud incluye el derecho universal de hombres y mujeres, sin discriminación, a acceder a los servicios de salud pública, así como el respeto a la autonomía y libertad de las personas, que comprende el control sobre su cuerpo y su salud. Abarca asimismo el acceso a información relacionada tanto con la salud como con la salud sexual y reproductiva. También forman parte de él la libertad de rechazar todo tipo de discriminación y de no ser sometido a esterilización forzada y el derecho de acceso a un sistema de protección de la

salud. Como otros derechos humanos, se aplica a las personas desfavorecidas y vulnerables que viven en la pobreza, para las cuales es especialmente relevante, y su ejercicio exige contar con un sistema de salud eficaz, inclusivo y de buena calidad” (cita en Mocharetti s/f).

### ♦ Salud e interculturalidad

En el caso de las políticas de salud, “lo intercultural implica comunicación, negociación y consenso cuando los diferentes actores sociales involucrados provienen de mundos culturales distintos, como es el caso de los pueblos indígenas y la población no indígena. ...no es posible avanzar en el diálogo intercultural si no existe un verdadero reconocimiento de los sistemas de conocimiento, cosmovisión y conceptos de salud de los pueblos indígenas” (CELADE Y FI 2008). En ese mismo marco, el Ministerio de Salud y Deportes señala que “la comunicación es...el principio central de la interculturalidad, y ésta implica interpelación mutua; es decir, el cuestionamiento y valoración de lo propio y lo ajeno, el potenciamiento de los elementos en común; así mismo, el reconocimiento de las diferencias y los choques culturales que pueden producirse en las formas de interpretar el proceso de salud-enfermedad y la atención de la población” (2005).

Es interesante señalar que existe gran diversidad respecto al “capital de medicina tradicional” que poseen los distintos grupos; como ilustra muy bien Renshaw, las propias características y situaciones de los pueblos indígenas respecto a la salud pueden ser radicalmente distintas. Así, por ejemplo, mientras los Ayoreos generalmente aceptan la medicina occidental y no tiene curanderos/as tradicionales, la población Chiquitana dispone de un sinnúmero de curanderos/as y técnicas medicinales tradicionales (Renshaw 1989).

## ◆ Enfoque de derechos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 establece en sus primeros dos artículos:

### Artículo 1

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

### Artículo 2

1. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.
2. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

En ese marco, el “enfoque de derechos” integra las normas, estándares y principios – igualdad, equidad, *accountability*, *empowerment* y participación- del sistema internacional de derechos humanos. Implica la no-discriminación y la atención de los grupos considerados vulnerables. Enfatiza la importancia de no agudizar – por acción u omisión- las desigualdades y relaciones

de dominación existentes en las sociedades, que inhiben el ejercicio de los derechos.

El impacto de todo programa o proyecto basado en derechos humanos, refleja un cambio positivo en la situación de los derechos humanos, que significa un mayor disfrute de los derechos. Implica, entonces, que se han eliminado las brechas de capacidades de titulares para ejercer sus derechos, así como las brechas de los portadores de obligaciones para cumplir con éstas. Asimismo, implica erradicar los obstáculos de carácter legal, institucional y de políticas, para que tanto titulares como portadores puedan ejercer sus derechos y cumplir con sus obligaciones. La meta es eliminar las disparidades.

Desde el punto de vista de los/as adolescentes y jóvenes, el enfoque de derechos implica su reconocimiento “como ciudadanos y por lo tanto, sujetos de derecho (y no sólo objetos). Como ciudadanos que son potenciales agentes de desarrollo (y no sólo problemas), con grandes potencialidades creadoras (no estimuladas y con muy pocas opciones de expresión), con sueños e ideales, con capacidad crítica y con deseos de participar” (*Donas Burak 2001a*).

## ◆ Enfoque de género

El género como categoría de análisis, es una herramienta de aproximación a la realidad, que nos permite identificar y explicar las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en un contexto específico. Se articula en un sentido sistémico y concreto con otras dimensiones y categorías como clase, raza, generación, etnia, nación. A partir del análisis de género, se pueden encontrar las vías más efectivas y culturalmente relevantes para transformar las construcciones y relaciones de género, desde la equidad, en la búsqueda por generar justicia e igualdad e oportunidades para hombres y mujeres. A esto último se denomina “enfoque de género”.

Según la CEPAL (1997),

“Transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que esas preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final de la integración es conseguir la igualdad de los géneros”.

El enfoque de género está asociado a la “necesidad de reconocimiento de la diversidad existente dentro del grupo adolescente juvenil, incluyendo las diferenciales de género” (*Donas Burak 2001a*).

### ◆ Enfoque de ciclo de vida<sup>2</sup>

El enfoque del ciclo de vida se puede ver como un marco holístico para el desarrollo humano, reconociendo que:

- El bienestar es acumulativo.
- El beneficio máximo en un grupo de cierta edad se puede derivar de intervenciones en un grupo de edad más temprana.
- La intervención en un momento o en algunos cuantos momentos, no es suficiente para la mejora sostenible de los resultados.

- Las intervenciones en una generación beneficiarán a las generaciones sucesivas.

Prestar atención a las necesidades especiales de las niñas y niños y cada etapa del desarrollo –desde la etapa prenatal, pasando por la tierna infancia, la primera infancia, la infancia media, hasta la adolescencia–, promueve el enfoque más amplio de la salud y del futuro de la comunidad. Para la sociedad, los beneficios incluyen una mayor productividad económica, ahorros en costos, reducciones en las desigualdades sociales, económicas y de género y una mayor acción social en las comunidades. Por otro lado, desarrollar habilidades para la salud en adolescentes y jóvenes conlleva como ventaja agregada la importante incidencia que tienen sobre sus pares, el efecto multiplicador, y una inversión que a futuro se traducirá en nuevas prácticas y parámetros de salud en sus familias.

2 Fuente: <http://www.visionmundial.org.pe/archivos-de-usuario/File/CICLO%20DE%20VIDA.pdf>.



# MARCO INFORMATIVO Y DE POLÍTICAS

## APROXIMACIÓN AL MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL

### ♦ Marco normativo internacional sobre salud y salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes

Como punto de partida, la **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979)** en su artículo 16 E, establece los derechos sexuales y reproductivos indicando el “acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.

En **1984** en la **Conferencia Internacional de Población realizada en México** se recomendó asegurar a las y los adolescentes educación familiar y sexual, así como servicios e información de

planificación familiar. Posteriormente, la **Conferencia Internacional de la Mujer** realizada en Nairobi en **1985**, identificó a las/os adolescentes como un importante grupo de riesgo reproductivo.

La **Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN)** sancionada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en noviembre de **1989**, involucra a las/os adolescentes en la medida en que toma como sujetos de incumbencia a las/os niños desde el nacimiento hasta los 18 años de edad. Marca un hito respecto a la incorporación de un enfoque de derechos. Cabe señalar que la CIDN es el primer tratado internacional que reconoce los derechos reproductivos en los/as adolescentes al establecer en el artículo 24, inc. 2f, la necesidad de desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres, la educación y servicios en materia de planificación familiar.

“...el Comité (de los Derechos del Niño) señaló que, en virtud de los artículos 3, 17 y 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados deben proporcionar a los adolescentes información sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo los temas de la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, los peligros de la maternidad temprana, la prevención del VIH / SIDA y las enfermedades transmisibles por vía sexual”.

*(Comité de los Derechos del Niño, 2003, Párr.28).*

La **Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo** realizada en **1992** en Río de Janeiro señala, como primer principio que “los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sostenible. Tienen derecho a una vida saludable, productiva en armonía con la naturaleza”.

En **1993** la **Conferencia Mundial de Derechos Humanos** realizada en Viena consagra a la persona humana como eje central de las políticas de desarrollo y de la aplicación de los derechos humanos.

De igual manera, la **Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo** de **1994**, establece la necesidad de contar con servicios de educación, información y asistencia en salud reproductiva, como medio para reducir el número de embarazos en la adolescencia. Estipula, además, que:

“...los países deben asegurar que los programas y la actitudes de los proveedores de servicios de salud, no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten, incluso información sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre el abuso sexual. Al hacerlo y con el fin de hacer frente a otras cosas, a los abusos sexuales, esos servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta y respetar los valores culturales y las creencias religiosas...” (7.45).

“...esos programas, deben incluir mecanismos de apoyo para la enseñanza y orientación de los adolescentes en las esferas de las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra los adolescentes, y la conducta sexual responsable... la salud reproductiva... las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del SIDA... Los adolescentes deben participar plenamente en la prestación y la evaluación de la información y los servicios, teniendo debidamente en cuenta la orientación y la responsabilidad de los padres” (7.47).

Por otro lado, la **Plataforma de Acción** resultante de la **IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1995)** explicita lo siguiente en el párrafo 93:

“...Las adolescentes necesitan tener acceso a servicios de salud y nutrición durante su crecimiento; sin embargo, a menudo carecen de ese acceso. El asesoramiento y el acceso a la información y a los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes siguen siendo insuficientes o inexistentes; no se suele tomar en consideración el derecho de las muchachas a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado. Desde los puntos de vista biológico y psicosocial, las adolescentes son más vulnerables que los varones al abuso sexual, la violencia y la prostitución y a las consecuencias de las relaciones sexuales prematuras y sin protección. La tendencia a tener experiencias sexuales a temprana edad, sumada a la falta de información y servicios, aumenta el riesgo de embarazos no deseados y a edad temprana, así como de contraer el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual y de abortar en condiciones peligrosas. La maternidad temprana sigue siendo un obstáculo para el progreso educacional, económico y social de la mujer en todo el mundo. En líneas generales, el matrimonio y la maternidad prematuros pueden reducir drásticamente las oportunidades de educación y empleo de las niñas y, probablemente, perjudicar a largo plazo la calidad de su vida y de la vida de sus hijos. No se suele enseñar a los adolescentes a respetar la libre determinación de la mujer y a compartir con ella la responsabilidad que conllevan las cuestiones relativas a la sexualidad y a la reproducción”.

**La Declaración del Milenio (2000) establece los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**, que precisan compromisos y describen tareas que los diferentes Estados parte de las Naciones Unidas se comprometieron a cumplir hasta el año 2015. Si bien el objetivo fijado en El Cairo de lograr el acceso universal a servicios de salud reproductiva de calidad antes de 2015 no forma parte de los ODM, se reconoce que la urgente atención de esas necesidades contribuye al exitoso cumplimiento de la mayoría de ellos (cita en Mocharetti s/f). Por otro lado, seis de los

ocho ODM planteados inciden en el desarrollo de los y las jóvenes:

- **Objetivo 1:** Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- **Objetivo 3:** Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- **Objetivo 5:** Mejorar la salud materna.
- **Objetivo 6:** Combatir el VIH / SIDA.
- **Objetivo 7:** Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

En la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas (Nueva York, septiembre de 2005), 170 Jefes de Estado y de Gobierno reconocieron el vínculo entre salud sexual y reproductiva, reducción de pobreza e inequidad, y se comprometieron a “mejorar los sistemas de salud de los países en desarrollo y de los países de economía en transición a fin de que haya suficiente personal sanitario, así como la infraestructura, los sistemas de gestión y los suministros de salud necesarios para que se puedan alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud a más tardar en 2015” (cita en Morlachetti *s/f*).

**Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (CIJD):** Entró en vigor el 1° de marzo de 2008, gracias a la promoción de la Organización Internacional de la Juventud (OIJ). Aplicable a hombres y mujeres entre los 15 y 24 años de edad. Éste es el único tratado internacional del mundo que reconoce a la juventud como sujeto específico de derechos y actor estratégico del desarrollo.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes, la CIJD incluye los siguientes puntos en su artículo 25 referido al “Derecho a la salud”:

1. Los Estados Parte reconocen el derecho de los jóvenes a una salud integral y de calidad.
2. Este derecho incluye la atención primaria gratuita, la educación preventiva, la nutrición, la atención y cuidado especializado de la salud juvenil, la promoción de la salud sexual y re-

productiva, la investigación de los problemas de salud que se presentan en la edad juvenil, la información y prevención contra el alcoholismo, el tabaquismo y el uso indebido de drogas.

3. Tienen igualmente 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.
4. Los Estados Parte velarán por la plena efectividad de este derecho adoptando y aplicando políticas y programas de salud integral, específicamente orientados a la prevención de enfermedades, promoción de la salud y estilos de vida saludable entre los jóvenes. Se potenciarán las políticas de erradicación del tráfico y consumo de drogas nocivas para la salud.

### ♦ Marco normativo internacional sobre derechos de los pueblos indígenas

El 7 de junio de 1989 emana de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, el **Convenio 169 de la OIT sobre “Pueblos indígenas y tribales en países independientes”**, que marca un hito para los pueblos indígenas y la relación con sus Estados. Este Convenio fue ratificado en Bolivia el año 1991 por Ley N° 1257 de la República. A continuación se transcriben los artículos relacionados con la temática de salud indígena:

## Parte I. Política general

### Artículo 7

2. El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento.

## Parte V. Seguridad social y salud

### Artículo 24

Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

### Artículo 25

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, mantenimiento al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

Dieciocho años más tarde, el año **2007**, se produce la también histórica **Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas**. La Declaración, pronunciada el 13 de septiembre de 2007, incluye los siguientes artículos relacionados con la temática de la investigación. Cabe resaltar, previamente, que los artículos 21 y 22 aluden específicamente a la necesidad de prestar particular atención a

jóvenes y niños (no se incluye el término “adolescentes”), junto con otros grupos considerados “vulnerables” (mujeres, discapacitados...). –Por ello, desde el punto de vista de visibilización y reconocimiento de la diversidad y desigualdades/vulnerabilidades, esta Declaración representa un avance respecto al Convenio 169, en cual no se reconocen las particularidades al interior del pueblo indígena.



**Artículo 1**

Los indígenas tienen derecho, como pueblos o como personas, al disfrute pleno de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales reconocidos por la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos y la normativa internacional de los derechos humanos.

**Artículo 2**

Los pueblos y personas indígenas son libres e iguales a todos los demás pueblos y personas y tienen derecho a no ser objeto de ninguna discriminación en el ejercicio de sus derechos que está fundada, en particular, en su origen e identidad indígena. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación alguna, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social.

**Artículo 7**

1. Las personas indígenas tienen derecho a la vida, la integridad física y mental, la libertad y la seguridad de la persona.
2. Los pueblos indígenas tienen el derecho colectivo de vivir en libertad, paz y seguridad como pueblos distintos y no serán sometidos a ningún acto de genocidio ni a ningún otro acto de violencia, incluido el traslado forzado de niños del grupo a otro grupo.

**Artículo 21**

1. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación alguna, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social.
2. Los Estados adoptarán medidas eficaces y, cuando proceda, medidas especiales para asegurar el mejoramiento continuo de sus condiciones económicas y sociales. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas.

**Artículo 22**

1. Se prestará particular atención a los derechos y necesidades especiales de los ancianos, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con discapacidad indígenas en la aplicación de la presente Declaración.
2. Los Estados adoptarán medidas, junto con los pueblos indígenas, para asegurar que las mujeres y los niños indígenas gocen de protección y garantías plenas contra todas las formas de violencia y discriminación.

**Artículo 23**

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

**Artículo 24**

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.
2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

## MARCO NORMATIVO NACIONAL RELACIONADO CON LA SALUD, LOS DERECHOS Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ADOLESCENTES Y JÓVENES, GÉNERO Y DERECHOS DE PUEBLOS INDÍGENAS

### ♦ Nueva Constitución Política del Estado (NCPE)

Reconoce el derecho a la salud de todas las personas, sin discriminación, así como los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Plantea

la equidad de género y social como un valor sobre el que debe sustentarse el Estado; prohíbe y sanciona la discriminación; reconoce a niños, niñas y adolescentes como personas, y garantiza la protección, promoción y activa participación de las y los jóvenes en el desarrollo.

**NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO Y ARTÍCULOS RELEVANTES**

EQUIDAD SOCIAL, DE GÉNERO Y NO DISCRIMINACIÓN	DERECHOS HUMANOS INDIVIDUALES Y COLECTIVOS	NO VIOLENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se plantea la equidad de género y social como un valor sobre el que debe sustentarse el Estado (Art. 8). Desde el reconocimiento del principio de equidad, se plantea una justicia redistributiva,</li> <li>- Se prohíbe y sanciona la discriminación en razón de sexo, color, edad, orientación sexual, identidad de género, origen, cultura, nacionalidad, ciudadanía, idioma, credo religioso, ideología, filiación política o filosófica, estado civil, condición económica o social, tipo de ocupación, grado de instrucción, discapacidad, embarazo, u otras. (Art. 14).</li> <li>- Define la discriminación como cualquier acción que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos de toda persona. (Art. 14).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconoce explícitamente los derechos de mujeres y hombres a la educación, salud y trabajo. (Art. 9).</li> <li>- Se reconoce el derecho a la salud de todas las personas, sin discriminación. (Art. 18).</li> <li>- Se reconoce a bolivianos y bolivianas los derechos a la libertad de pensamiento, espiritualidad y culto. (Art. 21).</li> <li>• Se reconoce a niños, niñas y adolescentes como personas, con derechos específicos para garantizar sus intereses, aspiraciones y necesidades específicas. (Art. 58).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconoce el derecho a la vida, y a la integridad física, psicológica, moral y sexual. Reconoce de manera particular el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia en la familia y en la sociedad, abriéndonos la posibilidad de reconocer otras formas de violencia contra las mujeres. (Art. 15).</li> <li>- Se prohíbe y sanciona toda forma de violencia contra las niñas, niños y adolescentes, tanto en la familia como en la sociedad. (Art. 61).</li> <li>- El Estado asume la responsabilidad de prevenir, eliminar y sancionar las expresiones de la violencia de género, en el ámbito público como en el privado. (Art. 15).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El Estado se reconoce independiente de las religiones, garantizando que las políticas públicas no estén condicionadas por la creencia religiosa de los gobernantes. Nos garantiza también, la libertad de religión y creencias espirituales de acuerdo a nuestras cosmovisiones. (Art. 4).</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se reconoce la responsabilidad del Estado de proteger la salud de hombres y mujeres a través de políticas públicas y la gratuidad de los servicios. (Art. 35).</li> <li>- El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud. (Art. 40).</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>EDUCACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se reconoce la equidad de género como valor que debe incorporarse en el sistema de educación, para evitar reproducir roles tradicionales, combatir la violencia y garantizar la vigencia plena de los derechos humanos. (Art. 79).</li> </ul>

NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO Y ARTÍCULOS RELEVANTES		
EQUIDAD SOCIAL, DE GÉNERO Y NO DISCRIMINACIÓN	SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	NO VIOLENCIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El Estado y la sociedad garantizarán la <b>protección, promoción y activa participación de las jóvenes y los jóvenes en el desarrollo</b> productivo, político, social, económico y cultural, sin discriminación alguna, de acuerdo con la ley (Art. 59).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se reconoce el <b>derecho a la maternidad segura de las mujeres, con una visión intercultural</b>. Al mismo tiempo el Estado asume la responsabilidad de <b>proteger a las mujeres en los periodos de prenatal, parto y post natal</b>. (Art. 45).</li> <li>- Se reconocen los <b>derechos sexuales y los derechos reproductivos</b> (Art. 66).</li> </ul>	FAMILIA
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- El Estado asume la responsabilidad de proteger y garantizar adecuadas condiciones para el desarrollo de las familias, <b>garantizando a sus integrantes, igualdad de derechos, obligaciones y oportunidades</b>. (Art. 62).</li> </ul>

Elaboración: Propia, en base a la NCPE y al documento La Agenda de las Mujeres en el Proceso Constituyente, documento publicado por la Coordinadora de la Mujer como parte del Movimiento "Mujeres Presentes en la Historia".

Por otro lado, el Capítulo Cuarto la NCPE, que alude a los Derechos de las Naciones y Pueblos Indígena Originario Campesinos, en su Artículo 30, Inciso 13, otorga a las naciones y pueblos indígena originario campesinos, el derecho "al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales".

Asimismo, el Capítulo Quinto de los Derechos Sociales y Económicos, en su Art. 35., determina que:

- I. El Estado protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.
- II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

### ♦ Plan Nacional de Desarrollo (PND)

El PND (2006) establece, entre sus cuatro pilares, el de "Bolivia Digna", que tiene como objetivo estratégico la erradicación de la pobreza y exclusión, constituyendo un patrón equitativo de redistribución de ingresos, riquezas y oportunidades. Se organiza alrededor de sectores que generan capacidades - educación, salud, vivienda, agua y saneamiento-, y los sectores que generan condiciones, que son: cultura, justicia, seguridad nacional (defensa) y seguridad pública. De manera general, las acciones a favor de las y los adolescentes y jóvenes se relacionan con las políticas, estrategias y programas de estos sectores. En el caso de **salud**, el PND plantea el acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, orientado a superar toda forma de exclusión en salud a través de la ex-

tensión de coberturas, el fortalecimiento de redes de salud, la gestión de la calidad, intercultural, género, generacional, y la vigilancia de la calidad.

En cuanto al sector **justicia**, se orienta a reducir las brechas socioeconómicas, políticas y culturales en razón de género, generacional y de personas con discapacidad; consiste en la restitución de los derechos de la población más vulnerable, que destierre toda forma de discriminación, marginación, exclusión y violencia que afecta a las mujeres, jóvenes, adolescentes, adultos mayores, niñas, niños y personas con capacidades diferentes.

En cuanto a los pueblos indígenas y originarios, el PND plantea cambios profundos en educación, en la ampliación del acceso a la salud y seguridad social, la generación del capital y la creación de fuentes de trabajo dignas, además de políticas de protección social en un marco de solidaridad y mayor presencia del Estado.

**Las normativas en salud** relevantes se circunscriben al **Plan Estratégico Sectorial de Salud, 2007-2010 (PESS)**, que se ha planteado como política sanitaria: 1. Aumentar los años de vida saludable a través de Programas de Promoción de la Salud; 2. Eliminar la exclusión social en salud, implementando el Seguro Universal de Salud y el Modelo SAFCI; 3. Implantar la participación y movilización social con la gestión compartida en Redes Municipales; 4. Recuperar la soberanía sanitaria y el rol rector del MSD. El SUMI y el SAFCI son las estrategias que buscan integrar las prestaciones de salud para lograr un mayor impacto.

Se alude al desmontaje del colonialismo, pero no de la cultura patriarcal. Se reconoce el cum-

plimiento de las Metas del Milenio, pero las acciones de género se concentran en “violencia”. Existe un sesgo de subsumir la salud de las mujeres en la salud familiar ligada a una política pronatalista, que delega el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo a la comunidad y a las autoridades originarias.

### ♦ **Salud Familiar y Comunitaria Intercultural (SAFCI)**

Responde al objetivo del PESS para eliminar la exclusión social en salud, a través de la implementación del Sistema Único Comunitario Intercultural de Salud, que asume el principio de la participación social en la toma de decisiones en todos sus niveles de gestión y atención de la salud. Se basa en el reconocimiento a las diferencias culturales y un relacionamiento horizontal entre culturas. Los principios de la SAFCI son: participación social, interculturalidad, integralidad e intersectorialidad.

### ♦ **Plan estratégico para mejorar la salud materno-perinatal y neonatal en Bolivia (2009-2015)**

Las líneas estratégicas se centran en: a) la promoción de la salud materna y neonatal; b) procesos interculturales con enfoque de derechos; c) la creación de mecanismos para el ejercicio de los derechos individuales para el cuidado de salud de la mujer y del recién nacido; d) la movilización comunitaria; e) metodologías que faciliten la participación de la comunidad para atender la salud materna, neonatal y perinatal; y f) mejorar la atención en los servicios de salud con adecuación cultural.

### ♦ Ley para la prevención del VIH / SIDA, protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para la personas que viven con el VIH / SIDA (N° 3729/07)

Busca garantizar los derechos y deberes de las personas que viven con el VIH / SIDA, así como del personal de salud y de la población en general, establecer políticas y ejecutar programas para la prevención, atención y rehabilitación del VIH / SIDA y la protección de los derechos. Los principios de esta ley son los de dignidad, igualdad, universalidad, confidencialidad, integralidad y responsabilidad. Prioriza la educación y la información adecuada para la prevención del VIH.

### ♦ Política de reducción de la violencia (en espera de aprobación)

Se pretende con esta política contribuir a recuperar la cultura de derechos y el respeto a la vida. Plantea la valoración o revalorización de las mujeres desde las distintas culturas. Las principales estrategias están relacionadas con coordinación interinstitucional, empoderamiento, participación y movilización social de las mujeres, y fortalecimiento de la protección social para las mujeres. Integra y armoniza las leyes vigentes (*Ley 1674, Ley de Protección a víctimas de delitos contra la libertad sexual, de Partidos Políticos, Electoral, de Municipalidades, de Participación Popular, etc.*) y con las leyes pendientes de aprobación como las de acoso sexual, de acoso político, modificaciones a la Ley N° 1674.

### ♦ Plan estratégico nacional de salud sexual y reproductiva (2009-2015)

Recupera los nuevos compromisos del milenio 2005, que incluyen el acceso de SSR para todos. Resalta la promoción y el acceso a servicios para hombres y a las llamadas “personas especiales” (adultos/as mayores, adolescentes y personas con capacidades diferentes). También focaliza en la prevención del ITS / VIH / SIDA y la reducción de la tasa global de fecundidad en adolescentes.

Plantea cubrir geográficamente todos los municipios señalando que “la cobertura deberá considerar a la población adolescente”, pero necesita dar respuestas más específicas a problemas particulares que afrontan los/as adolescentes y jóvenes en el ámbito de la SSR, considerando también la diversidad intracultural.

Respecto a adolescentes específicamente, entró en vigencia el **Plan Nacional para la Salud y el Desarrollo Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana (2009-2012)**, que se ubica en el marco de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (*SAFCI*), y busca responder a las necesidades de salud pública de la adolescencia y juventud, actuando simultáneamente con las comunidades, la familia y las personas, para contar con un sistema que permita mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios de salud. Este Plan, se plantea, será capaz de integrar y utilizar, con respeto y en igualdad de condiciones, la cultura, lengua, conocimientos y prácticas occidentales y de los pueblos indígenas, originarios, campesinos y afrodescendientes.

### ♦ Código niño, niña y adolescente (1999)

Señala como obligación del Estado el garantizar el desarrollo integral, en condiciones de igualdad y equidad, a los niños, niñas y adolescentes, así como el ejercicio de sus derechos, incluido el derecho a la salud. Especifica la atención gratuita y prioritaria de adolescentes madres, incluyendo la orientación médica, psicológica y social, así como el registro de casos. Refiere a la implementación de programas gratuitos de prevención. Alude a la capacitación de funcionarios/as del Estado, así como a presupuestos necesarios y suficientes. A pesar de diez años de su promulgación, persisten problemas con su implementación efectiva.

### ♦ Plan nacional de desarrollo comunitario de la infancia, la niñez y la adolescencia (2009-2013)

Establece como visión que “Bolivia plurinacional, sus pueblos indígenas y originarios, sus regiones y municipios generan condiciones de vida buena para sus infantes, niños y adolescentes que desarrollan plenamente sus capacidades convirtiéndose en factor estratégico del desarrollo integral comunitario”. En ese marco y centrándose en los/as infantes por su mayor grado de vulnerabilidad, define cuatro objetivos estratégicos relacionados con el desarrollo de capacidades integrales de infantes, familias y comunidades; estructuras del estado y la sociedad en general, para garantizar el ejercicio pleno de los derechos y la generación de “condiciones óptimas de transversalización, comunicabilidad, sen-

sibilización, diálogo intercultural, cogestión de las políticas públicas, investigación y dinamización normativa para el desarrollo integral comunitario de infantes, niños y adolescentes”. Entre sus políticas enfatiza los temas de la diversidad, la superación de la pobreza, la participación y la sostenibilidad.

### ♦ Plan nacional de juventudes: “Jóvenes unidos/as por el cambio” (2008-2012)<sup>3</sup>

Identifica potencialidades en la capacidad organizativa, promoción de la no violencia y la inclusión de los/as jóvenes, así como su interés para realizar trabajo solidario y voluntario. Define, en salud, el objetivo estratégico quinquenal de “mayor acceso de los y las jóvenes a servicios de salud de calidad, preventivos y de atención, brindados de acuerdo con sus necesidades y basados en el reconocimiento del valor de la responsabilidad estatal y social de su cuidado, y de la utilidad de la medicina tradicional y las diferentes cosmovisiones que se tienen para atender la salud”. Plantea la ampliación de la participación juvenil en espacios de decisión, y el fortalecimiento de capacidades en todos los niveles de gestión pública para abordar la temática de las juventudes.

### ♦ Anteproyecto de “Ley nacional de juventudes”<sup>4</sup>

Plantea como finalidad la incorporación plena de la juventud a la vida nacional, para definir planes, programas, proyectos y políticas no discriminatorias, paternalistas ni asistencialistas en su beneficio: “reconocer y permitir la participación

3 Aún no aprobado.

4 Ídem.

*juvenil en todos los ámbitos sin soslayarle sus características*". Establece los derechos de la juventud al desarrollo integral, la participación, la salud, la educación y la intimidad, entre otros. Plantea la creación del Sistema Nacional de la Juventud y los Concejos de la Juventud en los ámbitos nacional, departamental y municipal.

### ♦ **Plan nacional para la igualdad de oportunidades “Mujeres construyendo la nueva Bolivia para vivir bien”**

Busca que se reconozca plenamente el aporte de las mujeres al desarrollo del país. Implica igualdad de oportunidades para el acceso a servicios, la plena participación en espacios de decisión y en la distribución equitativa de los recursos, así como inversiones estatales efectivas. En salud define un objetivo estratégico: “Hasta 2020, el Estado boliviano, en los niveles de la gestión pública, facilita la salud integral de las mujeres, les brinda servicios de salud con calidad y calidez, y promueve el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en el marco del reconocimiento pleno de la diversidad cultural y étnica del país”. Prioriza dos políticas: a) Ampliar la cobertura de los servicios de salud a mujeres en edad fértil en el marco del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud; b) Promover el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres. No contempla un enfoque generacional transversal, ni medidas de acción afirmativa para mujeres adolescentes y jóvenes. Tampoco es explícito respecto a las mujeres indígenas y/o rurales.

### ♦ **Plan nacional de acción de derechos humanos “Bolivia digna para vivir bien” (2009-2013)**

En cuanto a salud, reconoce que el sistema de salud no aborda la diversidad étnica y propone la creación de estructuras en las que se promuevan saberes ancestrales para el tratamiento de enfermedades. Propone, asimismo, políticas y estrategias respecto al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Establece como objetivo en el ámbito de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) “impulsar políticas públicas integrales y específicas que garanticen y protejan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, en sus ejes de atención de servicios, para todas las personas sin discriminación de sexo, diversidad cultural, orientación sexual, edad, condición económica u otras”.

## **BALANCE NORMATIVO**

Bolivia es signataria de prácticamente todos los convenios internacionales relevantes aquí señalados. En ese marco, ha contraído compromisos internacionales que como Estado obligan al diseño e implementación de medidas normativas, de política y servicios, que garanticen los derechos a los/as adolescentes y en particular a los/as adolescentes indígenas.

Por el otro lado, el país se destaca por su gran producción normativa y de políticas, destacando la Nueva Constitución Política del Estado, como marco constitucional que visibiliza y reconoce a los/as adolescentes y jóvenes, reconoce los DSR



y aborda la dimensión indígena y de reconocimiento de la plurinacionalidad y diversidad cultural. Dicho marco normativo y de políticas encuentra grandes obstáculos políticos, estratégicos, institucionales en su implementación. De ello dan cuenta innumerables estudios e informes nacionales e internacionales.

El año 2008, en respuesta al informe enviado por Bolivia, el Comité de Seguimiento de la CEDAW recomienda:

43. El Comité recomienda al Estado Parte que integre una perspectiva de género en su política nacional de salud, en consonancia con la recomendación general y mejore el acceso a los servicios de salud para los grupos más vulnerables de mujeres, especialmente las de zonas rurales y las indígenas.

Al valorar los logros y dificultades en lo normativo, es importante tomar en cuenta que: 1. Muchas normas son producto de acciones conjuntas intersectoriales; 2. algunas normativas devienen de un proceso histórico con varios gobiernos, procesos y actores involucrados, por lo que las autorías exclusivas son difíciles de determinar; 3. la nueva CPE es el marco que

otorga vigencia y legalidad para la exigibilidad de muchas normativas que no han logrado ser implementadas; 4. la aplicación de la nueva CPE exige un proceso de armonización de toda la normativa de largo aliento, y ésta a su vez implica lograr correspondencia con la institucionalidad y los mecanismos para su implementación; 5. los avances y /o dificultades están directamente relacionados con el contexto político, la institucionalidad, pero también con la “voluntad política” de los/as tomadores/as de decisiones.

Respecto a los enfoques transversales, la conclusión general alude a la poca consecuencia y coherencia en la aplicación de los enfoques de manera continua, articulada y conceptualmente consistente en las normativas y políticas analizadas. Las transversales se aplican de manera fragmentada y coyuntural, y los referentes conceptuales no siempre se traducen de manera rigurosa y consecuente (ej. “interculturalidad” en varios casos se manifiesta más como un enfoque “multiculturalista”, de simple reconocimiento de la diversidad étnica-cultural). En última instancia, esto se refleja en normas que al abordar una exclusión o discriminación, generan o reproducen otras.

Finalmente, de manera específica, el diseño e implementación de normativa – leyes, políticas, planes, programas- de salud (con énfasis en SSR) para adolescentes y jóvenes indígenas, tienen como gran desafío las concepciones y prioridades gubernamentales en cuanto a derechos colectivos y justicia comunitaria, así como el enfoque adultista y familista predominante.



# APUNTES SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS Y LA SITUACIÓN DE ADOLESCENTES INDÍGENAS EN BOLIVIA

Este capítulo provee un panorama sobre algunas de las características más ilustrativas y la situación de los/as adolescentes indígenas de Bolivia, a fin de brindar elementos que permitan un abordaje integral y la identificación de factores que inciden sobre su salud, en particular su salud sexual y reproductiva. Cabe señalar o reiterar algunas limitaciones conceptuales y de disponibilidad de información, respecto a las siguientes preguntas básicas: ¿quiénes son los/as adolescentes indígenas, cómo se los/as define y distingue, y dónde están localizados? –En ese marco cabe precisar que:

- No toda la información contemplada alude directamente a las categorías de adolescentes y jóvenes indígenas. En general, mucha información disponible refiere indirectamente a una concepción homogénea de “lo indígena”.
- De manera general, se asume que los/as adolescentes y jóvenes rurales son indígenas.
- En el ámbito urbano, los/as jóvenes indígenas permanecen invisibles, salvo en el caso de

datos que aluden a migración interna que dan algunas pistas.

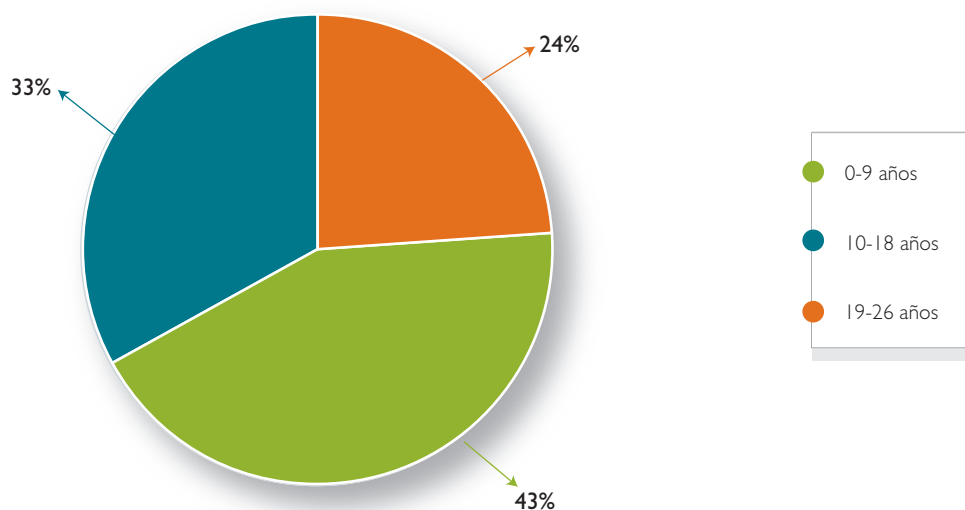
- En los dos casos precedentes, la mayor parte de los datos disponibles no reconoce la auto-adscripción de los/as adolescentes y jóvenes.

## ♦ Aspectos demográficos

Bolivia es un país joven por la distribución poblacional que la caracteriza. De acuerdo con datos del INE, el total de población del país para el 2008 era de 10.027.643; 49,87% hombres y 50,13% de mujeres. Del total, 60% (6.001.760) se encuentra en el segmento etáreo de 0 a 26 años; de estos el 25,22% (2.528.774) corresponde a la niñez entre los 0 a 9 años, 20,09% (1.915.867) a la adolescencia entre los 10 y 18 años, y 14,33% (1.351.313) a la población joven (19 a 26 años). De acuerdo al Plan de Juventudes, sobre la base del anuario estadístico 2005 del INE, la distribución de la población de 0 a 16 años obedece al siguiente gráfico:

**GRÁFICO 3**

**Población infantil, adolescente y juvenil**



Fuente: Plan de Juventudes en base en el Anuario Estadístico 2005.

Una apreciación inicial radica en los grupos etáreos, que no corresponden a las definiciones de partida de la OPS asumidas para este estudio. Al margen de ello, se constata que el porcentaje mayor está en el rango etáreo de 0 a 9 años, con un 43%, seguido de un 33% para el grupo comprendido entre los 10 y 18 años, y finalmente están los/as jóvenes de 19 a 26 años que equivalen al 24% del total de población entre los 0 y los 26 años de edad. Cabe resaltar que la población de 10 a 26 años equivale al 57%.

Por otro lado, los resultados de la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2008<sup>5</sup> pre-

sentados en el siguiente Gráfico 4, revelan que la población adolescente y joven está compuesta de la siguiente manera: 20% de preadolescentes (10 a 12 años de edad), 14% de adolescentes en etapa inicial (13 a 14 años de edad), 34% por adolescentes en etapa final (15 a 19 años de edad) y 32% por jóvenes (20 a 24 años de edad). La estructura porcentual no es diferente según sexo, aunque sí en cuanto a su localización geográfica, ya que las cifras absolutas señalan mayor cantidad de mujeres que hombres en todas las ciudades estudiadas. En términos urbano-rurales, mientras que el PNUD (2006) se-

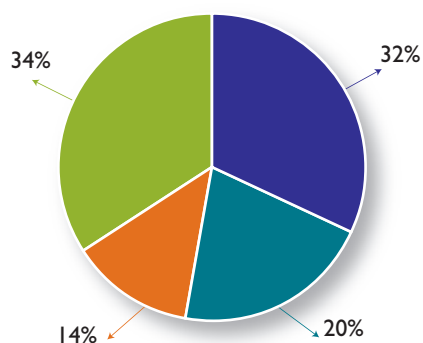
5 ENAJ -08. La encuesta comprende diecisiete ciudades: La Paz, El Alto, Santa Cruz, Montero, Cochabamba, Colcapirhua, Sacaba, Quillacollo, Sucre, Tarija, Yacuiba, Oruro, Trinidad, Riberalta, Guayaramerín, Cobija y Potosí. La encuesta fue realizada entre los meses de noviembre y diciembre de 2008, entrevistándose 8,761 adolescentes y jóvenes.

ñala que alrededor de la mitad de los/as pobladores rurales son menores de 15 años, la ENAJ concluye que las cuatro ciudades del eje troncal albergan a 68% de adolescentes y jóvenes, del total de diecisiete ciudades capitales y intermedias, estudiadas con la encuesta (VIO y UNFPA 2009).

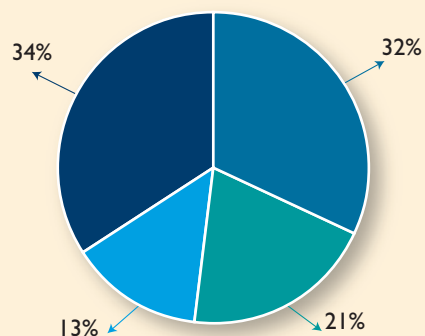
Resulta difícil conseguir datos e información actualizada a nivel nacional, por lo que apelamos al análisis realizado por Ramiro Molina a partir de los datos del censo 2001, que establece entre otros, la relación entre hijos/as, CEL y tipo de hogar, con un porcentaje de 80,12% de indígenas de 15 años o más, pertenecientes a un hogar con ambos - padre y madre- indígena.

**GRÁFICO 4**

**Estructura de la población adolescente y joven**

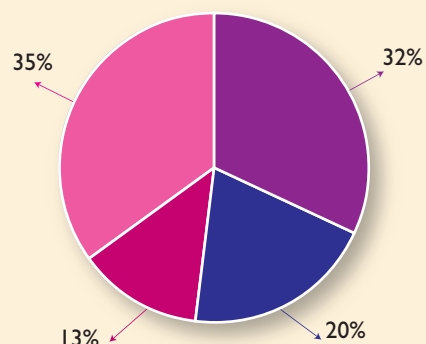


13-14 años 15-19 años 20-24 años 10-12 años



**HOMBRES**

13-14 años 15-19 años 20-24 años 10-12 años



**MUJERES**

13-14 años 15-19 años 20-24 años 10-12 años

Fuente: Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud - 2008.

**TABLA 2**
**Bolivia 2001: hijos/as de 15 o más años de edad en hogares particulares por condición étnico-lingüística, según tipo de hogar**

Clasificación del hogar	Indígena		No indígena		Total	
	Indígena	Porcentaje	No indígena	Porcentaje	Total	Porcentaje
Hogar no indígena (ni jefe, ni cónyuge indígena)	16.108	5,0%	307.873	95,0%	323.981	100%
Hogar mixto (jefe o cónyuge indígena)	17.544	23,1%	58.431	76,9%	75.975	100%
Hogar indígena (ambos indígenas)	563.860	80,2%	143.942	19,8%	727.802	100%
<b>Total</b>	<b>617.512</b>	<b>54,8%</b>	<b>510.246</b>	<b>45,2%</b>	<b>1.127.758</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia en base a los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). La Paz- Bolivia, 2004.

La población indígena entre los 0 y 14 años representa el 39,7% del total de dicho grupo etáreo, y el grupo entre 15 - 34 años significa el 30,8% de total de la población indígena (Molina 2005), porcentaje que se incrementa a 34,7% en

el área urbana, y se reduce a 26,3% en el área rural, lo que muestra los efectos de la migración y la creciente relocalización de los/as adolescentes y jóvenes indígenas. – El siguiente cuadro presenta los porcentajes globales.

**TABLA 3**
**Bolivia 2001: estructura de la población por condición étnico - lingüística y sexo, según grandes grupos de edad y área de residencia**

Grandes grupos de edad y área de residencia	Total			Indígena			No indígena		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
0-14	39,2%	40,8%	37,7%	39,7%	41,2%	38,3%	38,2%	39,9%	36,7%
15-34	33,1%	32,3%	33,8%	30,8%	30,0%	31,6%	37,6%	36,9%	38,2%
35-49	14,7%	14,4%	15,0%	15,2%	15,0%	15,4%	13,7%	13,2%	14,3%
50-64	8,0%	7,9%	8,0%	8,6%	8,6%	8,6%	6,7%	6,6%	6,9%
65 y más	5,0%	4,6%	5,5%	5,7%	5,2%	6,2%	3,7%	3,4%	4,0%
<b>Total</b>	<b>8.070.494</b>	<b>3.981.908</b>	<b>4.088.586</b>	<b>5.358.681</b>	<b>2.655.133</b>	<b>2.703.548</b>	<b>2.711.813</b>	<b>1.326.775</b>	<b>1.385.038</b>

Fuente: INE.

Según Molina (2005), “el comportamiento de la población de 15 años y más que declararon ser hijos(as) del jefe de hogar, muestra que en los casos en que ambos padres fueran indígenas por condición étnicolingüística, en el 80,2% de los casos el hijo también es indígena. En el caso de los hogares mixtos, en el que uno de los cónyuges es indígena y el otro no, la mayoría de los hijos, 76,9% corresponden a la categoría de

no indígenas y en el caso de los hogares no indígenas también una alta proporción de los hijos, 95% no son indígenas por condición étnico-lingüística”.

De acuerdo al Plan Nacional de Juventudes, la distribución de la población indígena mayor de 15 años por departamento, responde a la siguiente tabla:

**TABLA 4**

**Bolivia: pueblos indígenas por departamento y región de 15 años o más de edad**

Pueblo originario	Total población	Hombres	Mujeres	Departamento
Araona	90	52	38	La Paz
Aymara	1.243.728	605.658	638.070	La Paz, Oruro, Potosí, Cochabamba, Santa Cruz
Ayoreo	798	407	391	Santa Cruz
Baure	475	276	199	Beni
Cavineño	836	452	384	Beni, Pando
Canichana	208	124	84	Beni
Cayubaba	326	195	131	Beni
Chácobo	247	127	120	Beni
Chimán / Tsimane	4.126	2.136	1.990	Beni, La Paz
Chiquitano	108.206	56.146	52.060	Santa Cruz
Ese Eja / Chama	396	206	190	Pando, Beni, La Paz
Guaraní (Ava, Izoceño, Simba)	77.121	39.526	37.575	Santa Cruz, Chuquisaca, Tarija
Guarasugwe	9	5	4	Santa Cruz
Guarayo	5.904	2.921	2.983	Santa Cruz
Itonama	1.416	775	641	Beni
Joaquiniano	160	80	80	Beni
Leco	2.296	1.223	1.073	La Paz
Machineri Yine	15	8	7	Pando
Moré	43	21	22	Beni
Mosetén	789	432	357	La Paz, Beni
Movida	6.008	3.193	2.815	Beni
Moxeño (Trinitario, Ignaciano)	44.247	23.390	20.857	Beni
Pacahuara	31	20	11	Beni

TABLA 4

## Bolivia: pueblos indígenas por departamento y región de 15 años o más de edad

Pueblo originario	Total población	Hombres	Mujeres	Departamento
Quechua	1.510.560	716.032	794.528	Chuquisaca, Cochabamba, Potosí, Oruro, Santa Cruz, La Paz
Sirionó	133	72	61	Beni
Tacana	3.452	1.922	1.530	La Paz, Beni
Tapiete	18	12	6	Tarija
Toromona				La Paz
Uru (Chipaya, Murato, Uruito)	1.190	664	526	Oruro
Weenhayek/ Mataco	973	487	486	Tarija
Yuminahua	41	21	20	Pando
Yuqui	112	63	49	Cochabamba
Yuracaré	1.366	728	638	Cochabamba, Beni
Reyesano / Maropa	2.717	1.467	1.250	Beni
Afro boliviano	30.722			La Paz

Fuente: Plan Nacional de Juventudes con base en Los pueblos indígenas de Bolivia - Diagnósticos sociodemográficos a partir del censo 2001. CEPAL - BID Santiago de Chile 2005.

Como era de esperar, la población indígena mayoritaria la componen los/as quechuas, seguidos/as por los/as aymaras y luego por el pueblo Chiquitano y el Guaraní.

El *Diagnóstico Nacional sobre la situación económica laboral de adolescentes y jóvenes* señala que “42 de cada 100 adolescentes y jóvenes del área urbana no se identifican con ningún pueblo originario. En cambio, en el área rural el 28% sí lo hace con el quechua, seguidos del aymara (23%) y el chiquitano (2%)”. Y en términos generales,

“cada vez son menos los jóvenes que hablan su idioma materno” (*GTZ 2006*). - Datos más actuales para el área urbana de la ENAJ 2008 (*VIO y UNFPA 2009*), señalan que más de la mitad de los/as adolescentes y jóvenes no identifican pertenecer a algún grupo originario o étnico. Según la Tabla 5, en el total de las diecisiete ciudades contempladas por la Encuesta, 55% de adolescentes y jóvenes no se identifica con algún grupo originario. Las ciudades con menos autoidentificación étnica son Riberalta (90%), Guayaramerín (86%), Tarija y Montero (83%).

**TABLA 5**
**Población adolescente y joven según autoidentificación étnica**

Descripción	Quechua	Aymara	Otro	No sabe	Ninguna
<b>Ciudad</b>					
La Paz	5	43	1	8	43
El Alto	4	62	0	5	30
Santa Cruz	5	1	9	16	70
Montero	8	0	2	7	83
Cochabamba	27	4	1	22	46
Colcapirhua	39	3	1	11	45
Sacaba	47	2	0	8	43
Quillacollo	35	3	1	20	42
Sucre	28	0	1	13	57
Tarija	7	2	2	6	83
Yacuiba	8	2	5	9	76
Oruro	23	11	1	10	55
Trinidad	1	2	45	9	43
Riberalta	1	1	1	7	90
Guayaramerin	1	3	1	9	86
Cobija	3	4	2	12	79
Potosí	39	1	0	8	53
<b>Sexo</b>					
Hombre	12	18	4	12	55
Mujer	13	17	4	12	54
<b>Edad</b>					
10-12	10	13	2	21	54
13-14	11	15	4	12	59
15-19	13	17	4	9	58
20-24	15	21	6	8	50
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>55</b>

Fuente: Encuesta Nacional de la Adolescencia y Juventud 2008.  
 Nota: Otro=mestizo, chaqueño, movima, trinitario, tacawa, chachocomani, guaraní, chiquitano, mojeño y afrodescendiente.



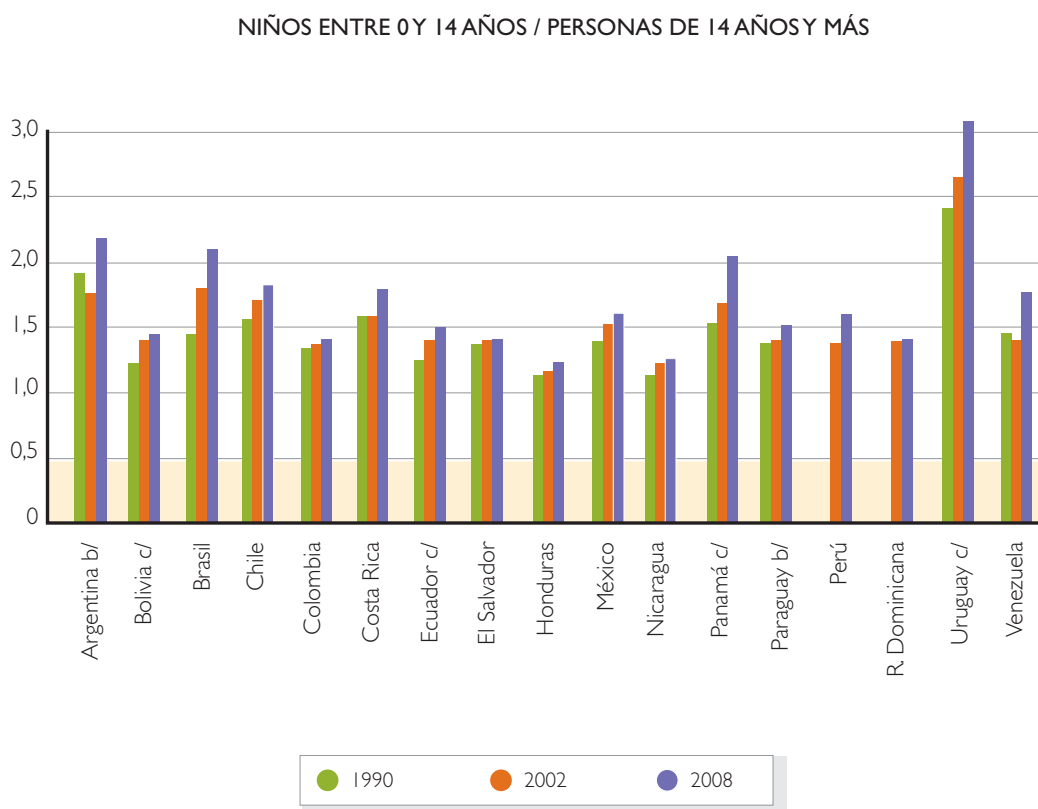
## ◆ Pobreza

Según la CEPAL, “el origen étnico de la población es una condición altamente correlacionada con la posibilidad de ser pobre. En los siete países con información disponible la tasa de pobreza de los grupos indígenas o afrodescendientes puede ex-

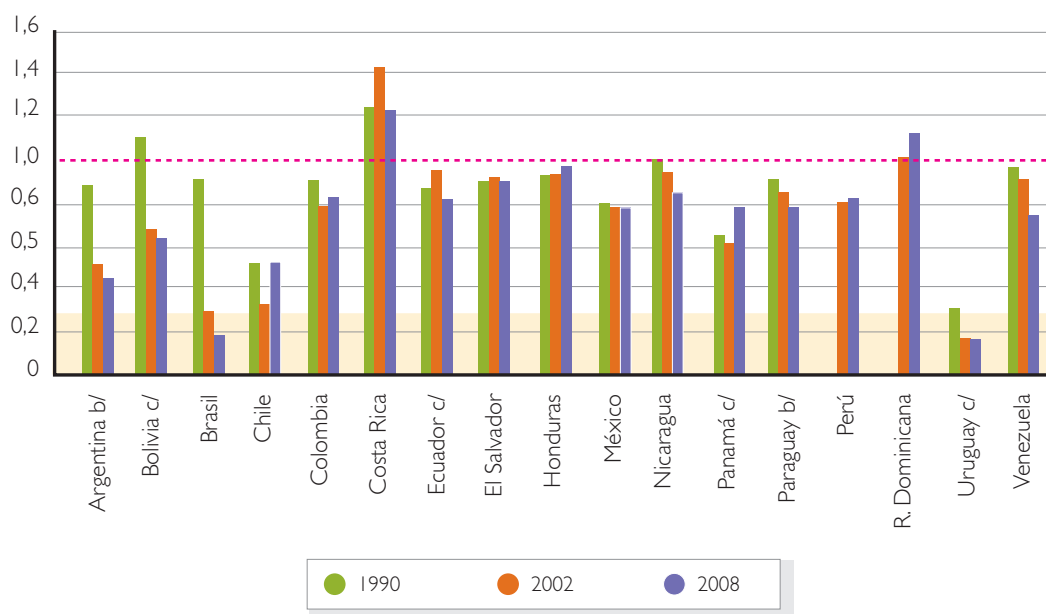
ceder entre 1,2 y 3,4 veces a la del resto de la población. Más aún, la brecha entre ambos grupos se ha acrecentado en todos los países analizados, excepto en Brasil” (CEPAL 2009). La probabilidad de ser pobre es también mayor entre mujeres. – Los siguientes cuadros ilustran esta situación:

**GRÁFICO 5**

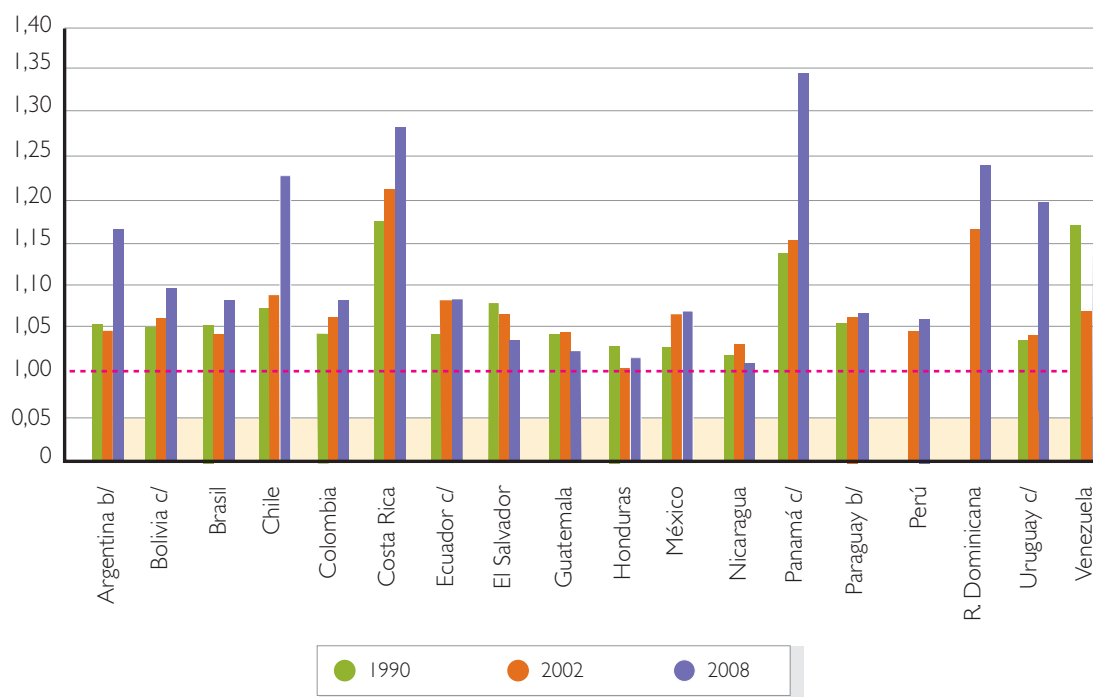
**América Latina (18 países): cociente entre tasas de pobreza de distintos subgrupos de la población, alrededor de 1990, 2002 y 2008 a/**

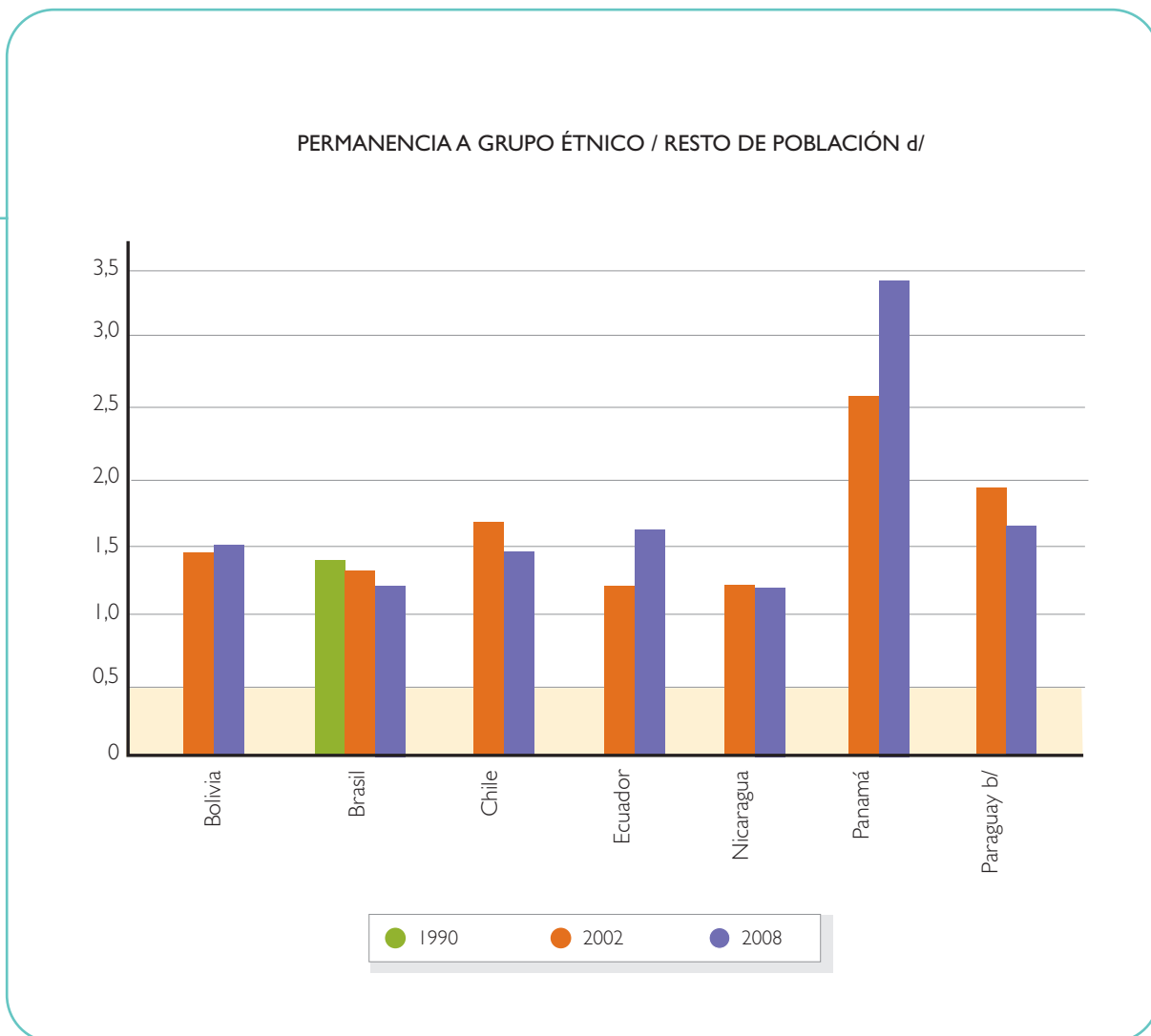


PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS / PERSONAS MENORES DE 65 AÑOS



MUJERES / HOMBRES (CON EDADES ENTRE 20 Y 59 AÑOS)





Fuente: Comisión Europea para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.

a/ El año de la encuesta utilizada difiere entre países. El período 1990 corresponde a la encuesta disponible más cerca de dicho año; el período 2002 a las encuestas más recientes disponibles entre 2000 y 2002 y el período 2008 a las encuestas disponibles entre 2004 y 2008.

b/ Área Metropolitana.

c/ Área urbana.

d/ Identificada a partir de la información de las encuestas de hogares conforme a las siguientes categorías: Bolivia, "quechua, aimara, guaraní, chiquitano, mojeño y otro"; Brasil, "indígena o piel negra"; Chile, "aimara, rapa nuí, quechua, mapuche, atacameño, coya, kawaskar, yagán, diaguita"; Ecuador, "indígenas, negros y mulatos"; Nicaragua (2001), "mestizo costeño, criollo, creole/negro, miskito, mayagna (sumu), rama, otro"; Nicaragua (2005), "indígena"; Panamá, "indígena", y Paraguay, idioma hablado es exclusivamente guaraní.

Por otro lado, el Plan Nacional de Desarrollo Integral Comunitario de la Infancia de la Niñez y la Adolescencia (*Ministerio de Justicia, VIO 2009*), señala que en el área rural la población con necesidades básicas satisfechas no alcanza ni siquiera al 1%; nuevamente las/os de menos edad (infantes) son los que menos condiciones tienen.

En el umbral se encuentra el 7,43% de la población, el 5,86% de los infantes, el 8,18% de la niñez y el 10,05% de los adolescentes. Los no pobres en el área rural alcanzan el 8,14%, los infantes el 6,4%, los niños 8,96% y los adolescentes el 10,05%.

El 91,86% de la población rural se encuentra en situación de pobreza, el 93,6% los infantes, el 91,04% los niños y el 89,95% de los adolescentes. La pobreza en el área rural es estructural y afecta con mayor rigor a la infancia. A diferencia

de la tendencia general entre los pobres rurales la concentración mayor se da en la indigencia que afecta a cerca de la mitad de la población. Por ello las políticas rurales deben ser estructurales y agresivas.

**TABLA 6** Pobreza en área rural

	Área rural							Totales
	No pobres			Pobres				
	NBS	Umbral	Totales	Moderada	Marginal	Indigente	Totales	
N	N	N	N	N	N	N	N	
Infancia 0 a 6 años	3.489,00	37.815,00	41.304,00	246.082,00	48.691,00	309.634,00	604.407,00	645.711,00
Porcentaje (%)	11,37%	16,28%	15,70%	20,48 %	24,55%	22,08%	21,57%	21,07%
Niñez 7 a 12 años	3.990,00	42.054,00	46.044,00	224.359,00	21.930,00	221.776,00	468.065,00	514.109,00
Porcentaje (%)	13,00%	18,10%	17,51%	18,68%	11,06%	15,81%	16,70%	16,77%
Adolescencia 13 a 18 años	3.428,00	33.801,00	37.229,00	153.916,00	18.950,00	160.474,00	333.340,00	370.569,00
Porcentaje (%)	11,17%	14,55%	14,15%	12,81%	9,56%	11,44%	11,90%	12,09%
Total de infantes, niños y adolescentes	10.907,00	113.670,00	124.577,00	624.357,00	89.571,00	691.884,00	1.405.812,00	1.530.389,00
Porcentaje (%)	35,54%	48,93%	47,36%	51,97%	45,17%	49,33%	50,17%	49,93%
<b>Totales</b>	<b>30.693,00</b>	<b>232.322,00</b>	<b>263.015,00</b>	<b>1.201.368,00</b>	<b>198.312,00</b>	<b>1.402.515,00</b>	<b>2.802.195,00</b>	<b>3.065.210,00</b>

Fuente: Plan Nacional de Desarrollo Integral Comunitario de la Infancia de la Niñez y la Adolescencia en base a datos del INE, Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

## ◆ Empleo

En el ámbito del empleo y la inserción laboral, también se registran importantes diferencias entre la población indígena y la no indígena, aunque en algunos casos las diferencias se presentan mayores entre hombres y mujeres como ilustra el siguiente cuadro. De manera general, la PEA indígena en el grupo entre los 15 y 24 años, asciende a un 49,6%, mientras que entre

“no indígenas” el porcentaje para el mismo grupo etáreo es de 49,0%, lo que posiblemente refleja la inserción más tardía al mercado laboral de las/os no indígenas. Las diferencias entre hombres y mujeres indígenas, considerando el mismo rango etáreo, son de una PEA masculina de 57,3% versus una femenina de 42,5% para indígenas, y una PEA de “no indígenas” de 48,5% para los hombres y 31,9% para las mujeres. La brecha de género resulta mayor para no indíge-

nas. Mirando sólo el ámbito rural, el porcentaje de la PEA masculina indígena asciende a un 62,5%, mientras que en las mujeres se mantiene casi igual en un 42,6%. En el ámbito urbano, la PEA indígena para el mismo subgrupo etéreo,

se diferencia en casi un 10% entre indígenas y no indígenas, con los porcentajes de 47,6% y 37,9% respectivamente. – En el siguiente tramo etéreo los porcentajes de PEA urbana indígena y no indígena son prácticamente idénticos.

**TABLA 7**
**Bolivia 2001: tasa global de participación de la población de 7 años y más por condición etnolingüística, según área y grupos de edad (porcentajes)**

Área de residencia	Grupos de edad	Indígena			No indígena		
		Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Urbana	7 a 9	3,3	2,6	2,9	2,9	2,3	2,6
	10 a 14	11,9	10,0	10,9	11,1	9,8	10,5
	15 a 24	53,5	42,4	47,6	43,9	32,4	37,9
	25 a 34	88,0	54,7	70,5	86,0	56,4	70,0
	35 a 44	92,2	60,0	75,3	92,3	62,0	75,6
	45 a 54	89,0	57,9	73,0	89,7	56,9	71,9
	55 a 64	69,8	42,4	55,8	70,3	36,1	51,9
	65 o más	38,0	23,0	29,4	36,3	16,4	24,9
	<b>Total</b>		<b>57,3</b>	<b>39,5</b>	<b>48,0</b>	<b>52,5</b>	<b>36,4</b>
Rural	7 a 9	7,4	6,6	7,0	7,2	4,6	6,0
	10 a 14	15,3	15,5	15,4	21,3	11,6	16,7
	15 a 24	62,5	42,6	52,7	69,8	28,5	50,8
	25 a 34	88,5	49,8	69,4	91,7	38,0	66,8
	35 a 44	89,8	51,7	71,0	92,7	38,8	68,4
	45 a 54	88,7	53,5	71,3	91,9	37,3	67,3
	55 a 64	84,7	52,2	68,7	88,2	34,9	65,0
	65 o más	71,8	41,9	55,8	72,1	24,5	49,3
	<b>Total</b>		<b>61,1</b>	<b>38,6</b>	<b>50,0</b>	<b>63,8</b>	<b>26,1</b>
Total	7 a 9	5,3	4,6	5,0	4,0	2,8	3,4
	10 a 14	13,5	12,5	13,0	13,5	10,2	11,9
	15 a 24	57,3	42,5	49,6	48,5	31,9	40,0
	25 a 34	88,2	52,9	70,1	87,1	53,5	69,4
	35 a 44	91,1	56,7	73,5	92,4	58,3	74,3
	45 a 54	88,9	55,9	72,2	90,2	53,5	70,9
	55 a 64	78,2	47,7	62,9	75,1	35,9	55,0
	65 o más	58,7	34,0	45,1	46,0	18,0	30,6
	<b>Total</b>		<b>59,1</b>	<b>39,1</b>	<b>48,9</b>	<b>55,0</b>	<b>34,6</b>

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Censo 2001. La Paz - Bolivia, 2004.

Por subcategorías indígenas, se observa que casi el 50% de la población indígena “plena” – con padre y madre indígena- se ocupa en la agricultura, ganadería, caza y silvicultura; mientras que la población indígena “parcial” lo hace en el comercio al por mayor y al por menor (21%), seguido de la agricultura, ganadería, caza y silvicultura y en la industria manufacturera (13%). La subcategoría indígena “sólo por autoidentificación” se ocupa en menor proporción en las mismas ramas que la subcategoría indígena “parcial” (*Molina 2005*).

Con relación a lo anterior resulta interesante y complementario un dato proporcionado por el informe *Niños, niñas y adolescentes en Bolivia*: “La proporción de niños trabajadores es significativa en 2001, más de 280 mil niños trabajadores asistían a la escuela, de los cuales el 43% tenía entre 10 y 13 años, 20% entre siete y nueve años y 37% entre 14 y 17 años” (*PNUD 2006b*). En tér-

minos de las diferencias urbano-rurales, el mismo estudio señala que mientras “el empleo urbano se caracteriza por una mayor participación de los niños en las categorías de empleado y obrero en comparación a las áreas rurales donde la participación de la categoría de trabajador familiar (sin remuneración) sobre pasa el 90%”.

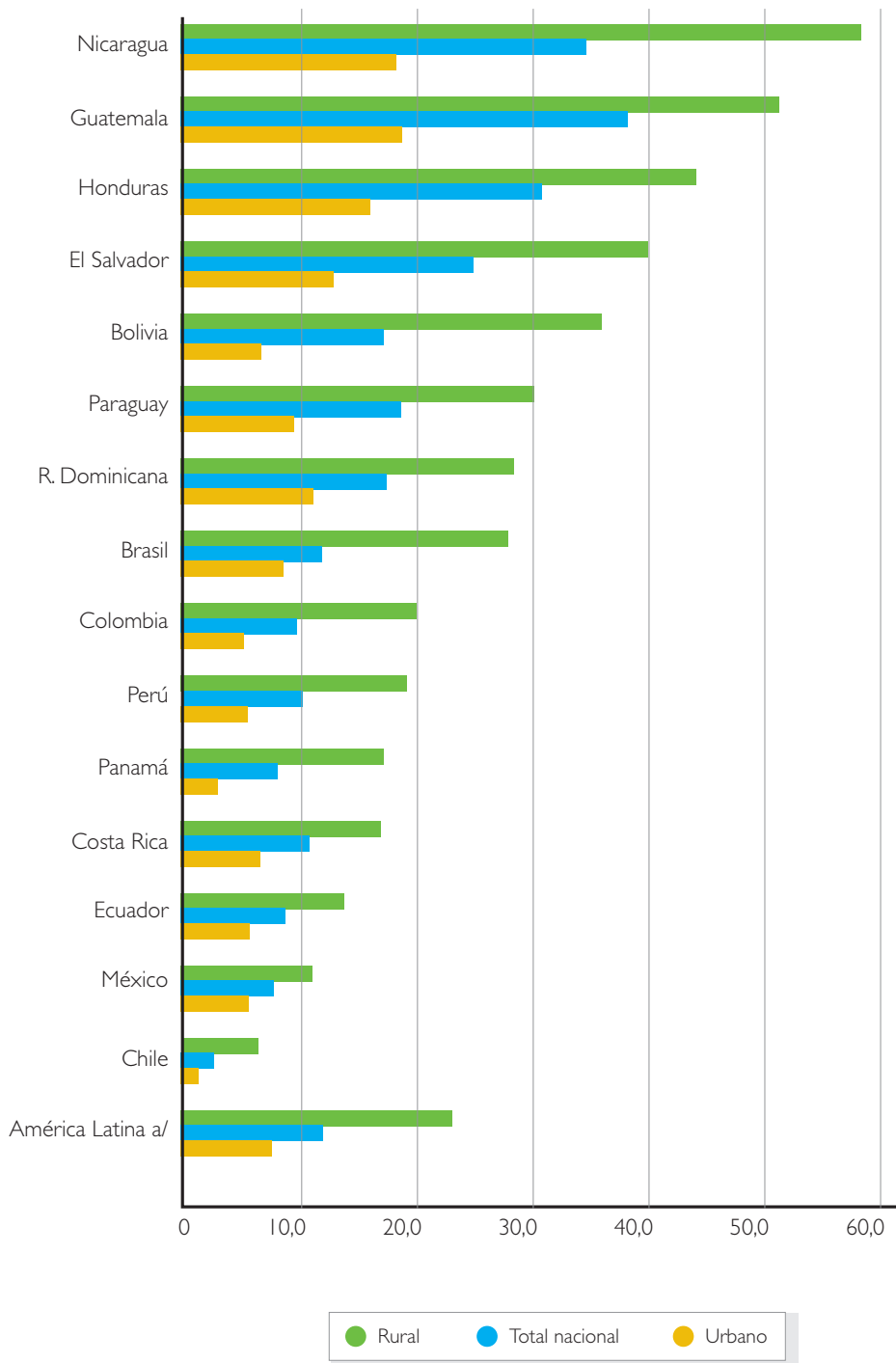
De manera general, el empleo juvenil se caracteriza por ser familiar, informal, no remunerado o mal remunerado, y con una alta inestabilidad laboral (*GTZ 2006*).

## ♦ Educación

Como ilustra el documento de Machinea y Hopenhayn (2005), Bolivia tiene comparativamente a otros países de la región, una de las tasas más altas de de no culminación de la educación primaria, especialmente en el área rural.

**GRÁFICO 6**

**América Latina (15 países): personas de 15 a 19 años que no han logrado culminar la educación primaria según área de residencia, 2002, (en porcentaje)**

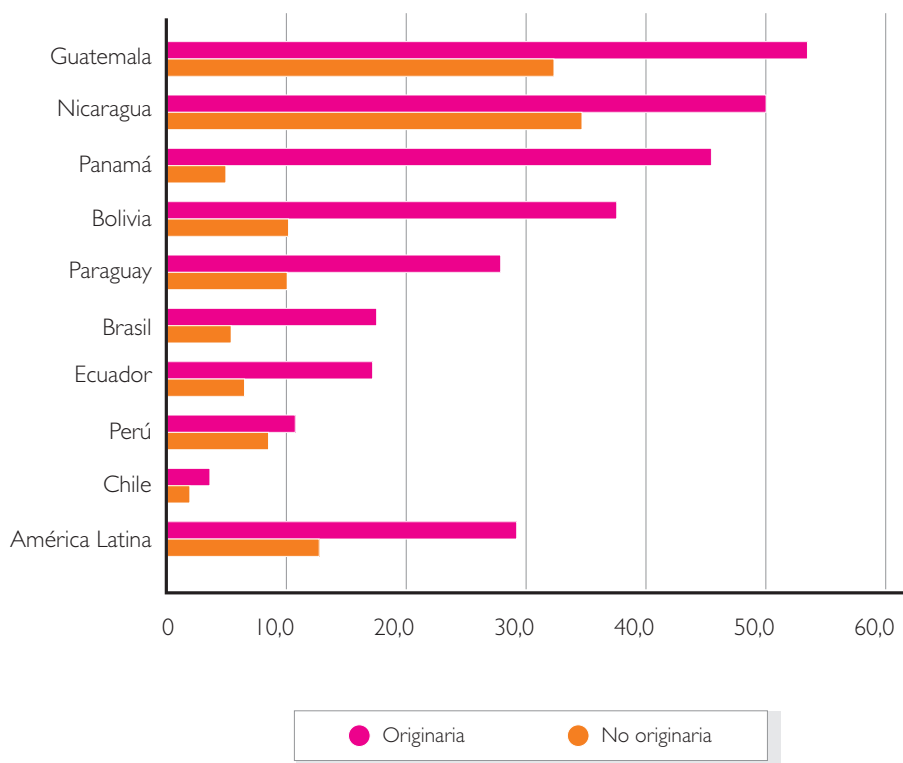


Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países.  
a/ Promedio ponderado de los países a nivel nacional.

Similar patrón de desigualdad se reproduce entre la población indígena y no indígena u originaria, como se refleja en el siguiente cuadro:

**GRÁFICO 7**

**América Latina (9 países): Personas de 15 a 19 años que no han logrado culminar la educación primaria según el grupo étnico o racial, total nacional, alrededor del 2002 (en porcentaje)**



Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), La conclusión universal de la educación primaria en América Latina: *¿Estamos realmente tan cerca? Informe Regional sobre los objetivos de desarrollo del Milenio vinculados a la educación*, Santiago de Chile, Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe (OREALC), octubre del 2004.

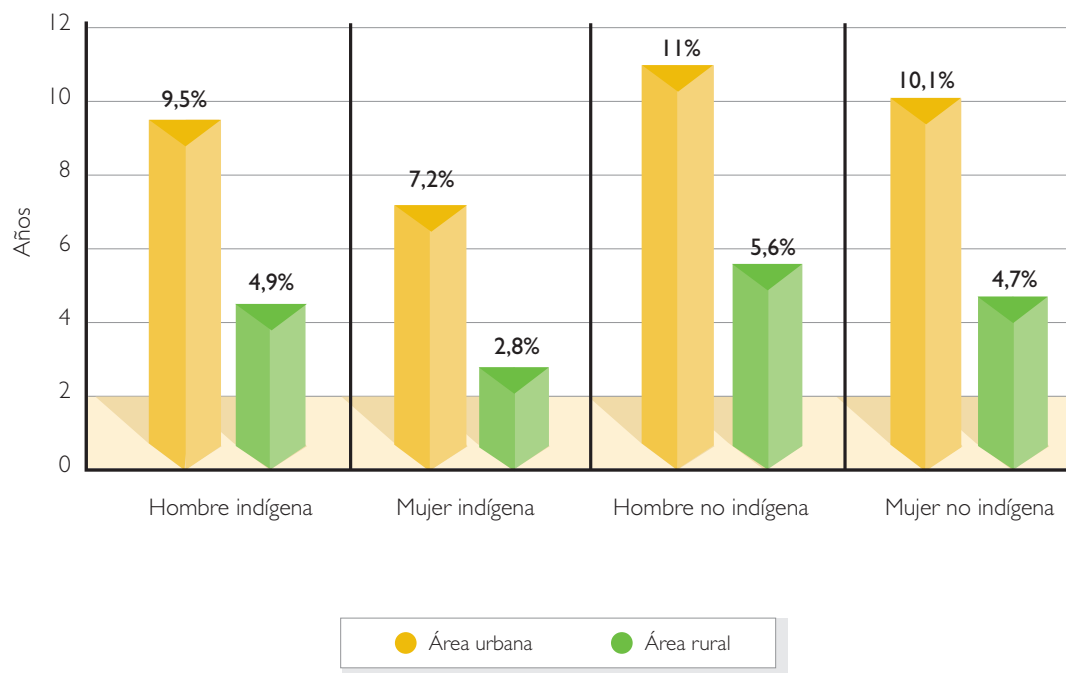
Molina (2005), por otra parte, recoge y procesa los datos del censo 2001, para establecer el promedio de años de estudio de la población indígena y no indígena entre la población de 19 años de edad y más. Como se observa en el siguiente cuadro, las desigualdades al interior de los grupos indígena y no indígena son importantes, ya

que mientras que los hombres indígenas en el área urbana tienen 9,5 años de promedio de escolaridad, en el área rural son 4,9 años, y para las mujeres indígenas rurales son 2,8 años vs. 7,2 para las urbanas. Para los/as no indígenas, los años promedio en las urbes son 11 en el caso de los hombres y 10,1 para las mujeres.



**GRÁFICO 8**

**Bolivia 2001: promedio de años de estudio de la población de 19 años o más de edad por condición étnico-lingüística, sexo y residencia**



Fuente: Elaboración propia en base a los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Censo 2001. La Paz - Bolivia, 2004. No incluye a las personas que residen en el exterior encontrándose en tránsito en el país.

Según Machinea y Hopenhayn, “un elemento que vale la pena consignar es que las desigualdades en educación, a la vez que son causa y consecuencia de desigualdades en niveles socioeconómicos, también se vinculan de manera compleja con otras situaciones que operan como reproductoras de inequidad, perpetuando la pobreza a lo largo de la vida e incluso prolongándola hacia las generaciones siguientes” (Machinea y Hopenhayn 2005).

Según los mismos autores, un factor crítico para la temática de este estudio alude a la correlación inversa entre logro educativo y precocidad de la maternidad: “La relación va en ambas direcciones, ya que por un lado, las mujeres con

menos educación tienen hijos más tempranamente y un mayor número de dependientes a lo largo del ciclo reproductivo, lo que en gran medida las predispone a la pobreza; y, por otro lado, es muy frecuente, sobre todo en grupos socioeconómicos de bajos ingresos, que el embarazo adolescente interrumpa la trayectoria educativa de las jóvenes, condenándolas a una vulnerabilidad de por vida” (Machinea y Hopenhayn 2005).

En síntesis, “existen relaciones complejas de reproducción de desigualdades donde el nivel socioeconómico, el nivel de educación, la distribución espacial, la adscripción étnica y los comportamientos reproductivos se interrela-

cionan tanto en calidad de causa como de efecto. Por lo mismo, cabe pensar que el tipo de intervenciones que apunten a cortar estos eslabones de reproducción de desigualdad requieren acciones intersectoriales que incluyan políticas educativas focalizadas de apoyo a la continuidad educativa y al aprendizaje efectivo en sectores de menores ingresos, población rural y población de minorías étnicas” (*Machinea y Hopenhayn 2005*).

## ♦ Migración

De acuerdo al último informe sobre el *Panorama Social de América Latina*, “la migración entre los indígenas constituye uno de los fenómenos más importantes en la actualidad. Aunque sus orígenes se remontan a la historia colonial sus mayores efectos aparecieron en el siglo XX. El deterioro de las economías campesinas, la pérdida y disminución de las tierras comunitarias, la carencia general de recursos productivos, el crecimiento de la población, la ‘salarización’, la pobreza y la ‘atracción cultural’ de las ciudades son algunas de las causas de la migración, casi siempre del campo a la ciudad” (*CEPAL 2009*).

Así, la migración tanto interna como internacional, es otro factor imprescindible a tratar cuando se habla de un estado de situación respecto a la salud de adolescentes y jóvenes indígenas, quienes ante una restricción del abanico de alternativas y oportunidades incluso básicas en sus comunidades, como el acceso a servicios de salud y educación, deciden emigrar hacia las ciudades o incluso otros países.

“Nos hemos ido del campo a la ciudad, primero nos hemos ido cuando yo era chiquito, tenía seis años, he entrado a la escuela directo a segundo. Luego ha estado aquí, he estudiado hasta quinto, sexto me he ido a Oruro, séptimo y octavo he estado aquí, luego me he ido a La Paz”.

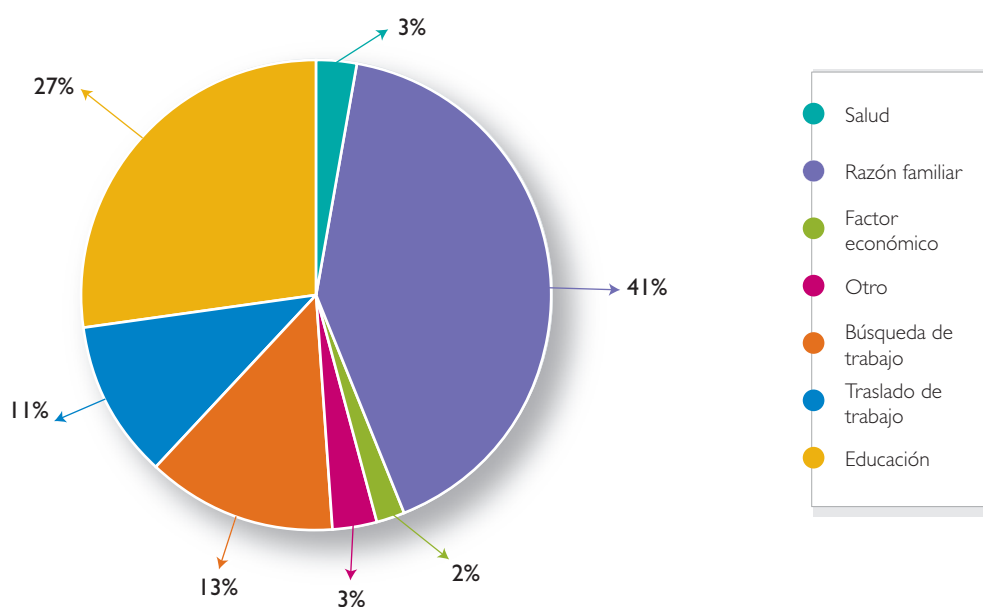
(Cita en PNUD 2006).

Según el *Diagnóstico Nacional sobre la situación económica laboral de adolescentes y jóvenes (GTZ 2006)*, mientras que de cada 100 adolescentes, 65 son oriundos, en la población de jóvenes de 19 a 26 años, son 57 de cada 100.

Pero es importante tomar en cuenta que los/as adolescentes y jóvenes no sólo se ven afectados por el fenómeno migratorio como “actores”, sino también por las decisiones de emigrar de otros seres cercanos, que frecuentemente afectan la composición familiar, los roles y responsabilidades de sus integrantes, limitan sus opciones y proyectos de vida, y restringen sus posibilidades de acceso y aprovechamiento de servicios y oportunidades (*ej. respecto a la educación*).

Según la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2008 (*VIO y UNPFA 2009*), el trabajo es el principal motivo de cambio de residencia para 65% de los/as migrantes de largo y corto plazo. Este indicador resulta de la sumatoria de traslado de trabajo (11%), búsqueda de trabajo (13%) o razón familiar (41%), como se aprecia en el gráfico 9.

**GRÁFICO 9** Razones de migración



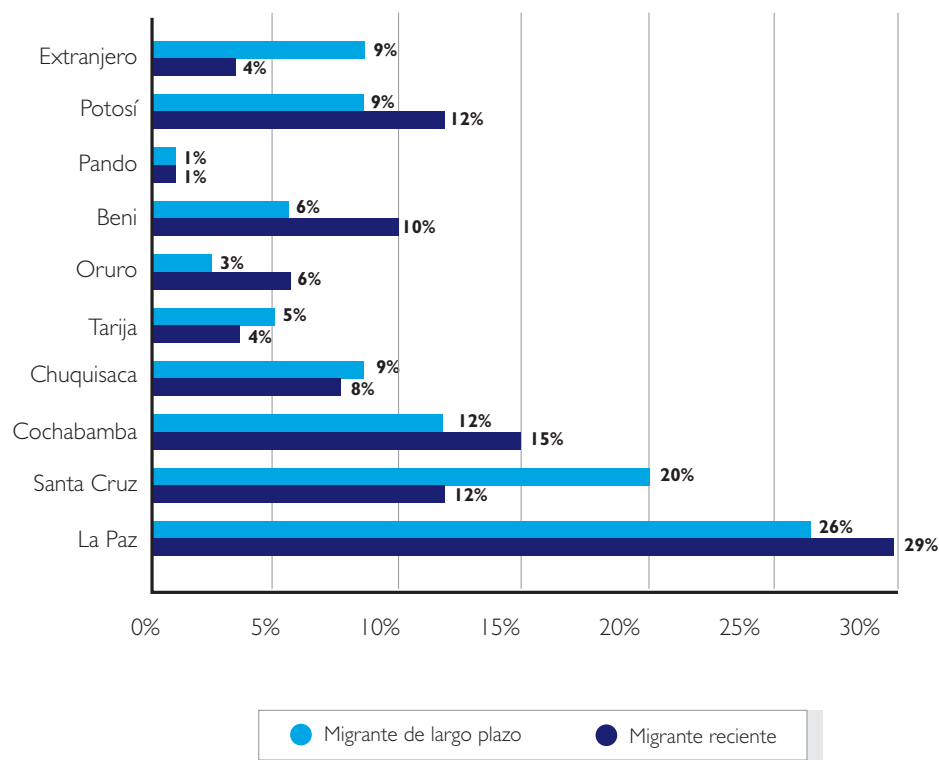
Fuente Encuesta Nacional de Adolescentes y Juventudes - 2008.

La educación es la segunda razón de mayor importancia que motiva el cambio de residencia de 27% de los migrantes.

En el gráfico 10 se comparan las declaraciones del departamento de origen de los adolescentes y jóvenes migrantes desde el nacimiento y cinco años antes de ser realizada la ENAJ-08. Los resultados revelan un patrón migratorio diferente según tipo de migración, y señalan que el departamento de La Paz es el principal departamento expulsor de migrantes adolescentes jóvenes, desde el nacimiento y reciente.

GRÁFICO 10

## Migración de largo plazo y reciente



En el total de ciudades estudiadas por la ENAJ 2008, 8% de adolescentes y jóvenes declaran que cinco años antes de realizarse la encuesta vivían en una ciudad diferente. En la ciudad de Cobija, 20% de adolescentes y jóvenes son migrantes recientes. “Las ciudades que reciben mayor porcentaje de migrantes provenientes del mismo departamento son las ciudades de El Alto (86%) y Trinidad (67%). Un rasgo característico diferente se aprecia en las ciudades que reciben migrantes de otros departamentos. Estas ciudades son Cobija (93%), Oruro (92%), Tarija (70%), Cochabamba (74%) y Yacuiba (68%). Es decir, del total de población migrante la mayor proporción proviene de departamentos diferentes al departamento de residencia actual” (VIO y UNFPA 2009).

En términos de feminidad y masculinidad, en general la emigración femenina a áreas urbanas es mayor que la masculina en la mayor parte de las comunidades rurales. El fenómeno de la feminización de la migración y su carácter juvenil, también caracterizan las migraciones transnacionales.

Como muestra el estudio *La Salud Sexual y Reproductiva de las Poblaciones Indígenas de Bolivia* (UNFPA/FCI 2008), la migración de los/as jóvenes indígenas:

- Incrementa sus conocimientos sobre el cuerpo, los métodos anticonceptivos, las ITS.
- Modifica sus ideas sobre la edad de la unión, el número de hijos/as, las formas de ejercicio de la sexualidad.

- Cambias sus expectativas y proyecto de vida, atribuyendo mayor importancia a la educación, profesionalización, trabajo y dimensión económica.

### ◆ Participación social

Hoy en día, en el plano formal, los jóvenes mayores de 18 años tienen plenos derechos ciudadanos y los menores, niños/as y adolescentes, tienen el derecho a ser escuchados y a participar en las decisiones que les afectan. Sin embargo, la cultura adultista es difícil de revertir; y en el ámbito rural se asocia a construcciones y prácticas indígenas en las que persisten tradiciones autoritarias y excluyentes de los/as adolescentes y jóvenes, con un fuerte sesgo de género. Es la sociedad adulta la que define el papel de adolescentes y jóvenes en sus distintos escenarios de actuación: hogar, organización comunitaria, escuela, trabajo. Como ilustra la evaluación participativa de necesidades realizada el 2005 en el departamento del Beni con la asistencia técnica de FCI:

“No existen oportunidades reales de participación en las comunidades, ni a nivel social, ni a nivel político ni en su entorno familiar. No existen asociaciones u organizaciones comunitarias que promuevan la participación de las y los jóvenes y, en el imaginario adulto, ellos/as ‘no quieren participar’. Las y los jóvenes y adolescentes se sienten insatisfechos por la falta de atención que se presta a sus opiniones y las escasas posibilidades de participar y opinar que se les brinda. Los jóvenes reclaman un flujo en la comunicación que tome en cuenta sus necesidades y visiones: su idea de ‘acceso a educación e información’ incluye la posibilidad de intercambio y participación” (FCI et al. s/f).

La Red Latinoamericana de Juventudes Rurales (RELAJUR), identificó tres tipos de grupos formados por jóvenes rurales (cita en Salinas y Castro 2009):

- **Grupos autónomos:** por lo general son locales, pequeños, con recursos propios y escasos, discontinuos en su accionar y existencia, y se mueven en torno de objetivos muy concretos y comunitarios.
- **Grupos institucionalizados:** inducidos, subsidiados y coordinados por ONGs, ministerios, partidos políticos, y otros; giran alrededor de temas específicos y exclusivos: ecológicos, deportivos, culturales, productivos, entre otros.
- **Grupos dependientes:** pertenecen a organizaciones de adultos que incursionan en temas de juventud, por lo que sus recursos son internamente negociados y tienden a emular organizaciones de adultos, sean campesinas, de productores, comunitarias, u otras.

Sin embargo, más allá de esta apreciación general, no existen estudios que en Bolivia hayan abordado esta dimensión ni constatado la existencia de este tipo de grupos en el ámbito rural boliviano. El UNFPA tiene la experiencia de haber realizado una Encuesta de Agrupaciones Juveniles en las ciudades de La Paz y El Alto, que podría servir de referente para impulsar otras iniciativas más extendidas, incluyendo al área rural. Por otro lado, la OIJ presentó a inicios de este año un diagnóstico sobre el Asociativismo Juvenil en la Región Andina (*Organización Iberoamericana de la Juventud 2009*), que significa un gran aporte en términos de un estudio comparativo entre varios países, pero no resuelve el vacío de lo rural e indígena. Dicho informe incluye las siguientes recomendaciones para Bolivia:

### Referidas a las formas de organización juvenil:

- Con la intención de fortalecer el tejido asociativo juvenil, se recomienda propiciar la formación de una red asociativa de organizaciones juveniles de la sociedad civil que parta desde el nivel local, departamental, hasta llegar al nacional, con el objetivo de coadyuvar en la gestión de las políticas referidas al ámbito juvenil. Para respaldar esta articulación, se recomienda crear un sitio web, gestionado por las propias organizaciones juveniles, con el fin de lograr un mayor traspaso de información y animación hacia la red.
- Llevar a cabo la actualización constante del Inventario de Organizaciones Juveniles que se inició con esta investigación, para integrar una base de datos que tenga difusión a través de Internet.
- Difundir e informar ampliamente el Plan Quinquenal de Juventudes «Para Vivir bien», del año 2007. Los jóvenes que participaron en su formulación están expectantes sobre la ejecución y buscan hacer valer el seguimiento social de su implementación.

### Referidas a las instituciones del Estado:

- Concretar el establecimiento de una Coordinadora de la Juventud, como instancia pública, contemplada en el Decreto Supremo No. 25290, con la finalidad de ser un nexo entre el Viceministerio de Género y Asuntos Generacionales del Ministerio de Justicia y la red asociativa de organizaciones juveniles de la sociedad civil.
- Fortalecer el Viceministerio de Género y Asuntos Generacionales con la inclusión de los mismos jóvenes, con la finalidad de lograr un mejor posicionamiento y liderazgo de la institución. La credibilidad, importancia y respaldo político a este organismo público depende de una coordinación efectiva con la red asociativa de organizaciones juveniles de la sociedad civil y con los resultados que presente el Plan Quinquenal de Juventudes.
- La Coordinadora de la Juventud podría contribuir con la promulgación del Anteproyecto de Ley Nacional de Juventudes, elaborado durante el actual Gobierno de la República. Un aspecto importante de este instrumento normativo es la creación del Instituto Nacional de Juventudes, destinado a la formulación, desarrollo, ejecución y evaluación de políticas públicas para la juventud.
- La Coordinadora de la Juventud debería incentivar la realización de investigaciones y encuestas nacionales de juventud para conocer las percepciones, necesidades y propuestas de las y los jóvenes con respecto a fortalecer el tejido asociativo juvenil.
- Crear Consejos Municipales de la Juventud como instancias de representación, consulta y decisión de las y los jóvenes en la administración pública.

*Nota de las autoras: estas recomendaciones alusivas a la institucionalidad estatal, son previas a los cambios en la organización del Poder Ejecutivo y la instalación de una dirección responsable de los asuntos generacionales al interior del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades.*

## ◆ Gasto social

De acuerdo al informe *Niños, niñas y adolescentes en Bolivia. 4 millones de actores del desarrollo (PNUD 2006)*, se estimó un gasto social en la niñez y adolescencia de aproximadamente 575 millones de dólares, equivalentes a un 40% del gasto social total. Del total, casi un 65% se destinó el año 2004 a la educación inicial, primaria y secundaria. – Cabe resaltar que en la región, Bolivia forma parte del grupo de países con menor gasto social *per cápita*.

Otro dato que proporciona el mismo estudio hace referencia a la existencia de 4060 servicios de protección distribuidos en 400 programas en 17 municipios del país.



# APROXIMACIONES A LA SITUACIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES INDÍGENAS, CON ÉNFASIS EN SSR

## SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, CON ÉNFASIS EN LA SSR

### ♦ La cuestión indígena y el estado de salud de la población

Según Bello y Rangel, “la discriminación étnica es una de las principales causas de la inequidad en salud, lo que resulta en una situación de extrema pobreza, precariedad sanitaria y subalimentación. De otra parte, la discriminación de la medicina tradicional en favor de la medicina occidental ha hecho descuidar o negar durante décadas la posibilidad de contar con la rica tradición médica que poseen los indígenas” (2002).

El Informe de *Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio* (UDAPE, NNUU, OIT) confirma esta afirmación, aunque también reitera los problemas de falta de información aludidos previamente. Así, al referirse al Objetivo No. 6 para Combatir el VIH / SIDA, la malaria y el Chagas, el informe señala:

“Los registros administrativos relacionados a enfermedades como malaria, Chagas y tuberculosis no contienen información para distinguir la condición étnico-lingüística. Para su seguimiento, el CIMDM... ha establecido los siguientes indicadores: i) porcentaje de municipios con prevalencia de Chagas mayor al 3%, ii) índice de parasitosis anual de malaria y iii) pacientes curados sobre el total de evaluados en tuberculosis. Los indicadores de este objetivo... incluyen apreciaciones sobre la incidencia de las enfermedades en la población indígena”.

Según este mismo informe, con relación al VIH / SIDA “el Programa Nacional de ITS / VIH / SIDA ha registrado de 1984 a diciembre 2003, 1.226 personas que viven con el VIH / SIDA en el país... los grupos de edad más afectados eran los comprendidos entre 15 - 24 años y 25 - 34 años, con el 26% y 45% de las notificaciones respectivamente. Las relaciones sexuales siguen siendo la vía de transmisión más frecuente, el 67% ha contraído el virus por relaciones heterosexuales, el 23% por relaciones homosexuales y el 10% por medio de relaciones bisexuales”.



En términos de medidas preventivas del embarazo no deseado, las ITS (*incluido el VIH-SIDA*), “según la condición étnico-lingüística (*CEL*), la población no indígena tiene mayor conocimiento preventivo del uso del condón (58%), en tanto que entre la población indígena solamente 34% tiene conocimiento sobre el tema. Asimismo, dentro de ambas poblaciones el porcentaje de conocimiento del método es mayor entre los hombres. Mientras el 70% de la población masculina no indígena conoce el método, tan sólo el 29% de las mujeres indígenas lo conoce” (*UDAPE, NNUU, OIT 2006*).

Sobre la malaria y el Chagas señala que “... son enfermedades que representan la mayor carga de enfermedad y están presentes en varias regiones del país en áreas rurales y periurbanas, especialmente en lugares de elevada pobreza y escasa disponibilidad de servicios básico de la enfermedad en áreas de residencia de la población indígena” (*UDAPE, NNUU, OIT 2006*). En ese marco, “la enfermedad de Chagas se encuentra en el 60% del territorio boliviano y tiene un impacto económico significativo, se estima que... redujo en 25% la capacidad laboral del país, lo que significa años de vida productiva perdidos en el Chaco, en este último se concentran pueblos indígenas originarios de las tierras bajas. Cuando se dividen los municipios según tengan mayoría de población indígena o no indígena (*según CEL*), de los 168 municipios del área endémica de Chagas, 73% corresponde a municipios indíge-

nas y el restante 27% a municipios no indígenas. Esta situación muestra una concentración de la endemia en áreas de residencia de la población indígena”.

Respecto a la Malaria señala que las acciones del “Programa Nacional de Malaria se focalizan en el área endémica del país que incluye a 157 municipios localizados en su mayoría en las tierras bajas del oriente y el Chaco bolivianos. El 50% de los municipios del área endémica corresponde a municipios con mayoría de población indígena de acuerdo a la clasificación por *CEL*, en tanto que el 50% restante corresponde a municipios con mayoría de población no indígena. La malaria es endémica en la amazonía boliviana, en dichas áreas existen numerosos pueblos indígenas originarios. Actualmente, la enfermedad se encuentra bajo control, pero el número de casos sigue siendo importante, aunque las formas malignas han disminuido”.

Según Valenzuela, “La malaria, la enfermedad de Chagas y el cólera están entre los problemas más importantes de salud pública que afecta a los pueblos indígenas de Bolivia. Un 30% de la población indígena de Bolivia no tiene acceso a medicamentos esenciales” (*2005*).

En cuanto a agua y saneamiento básico, el citado informe también presenta resultados que ilustran las disparidades entre población indígena y no indígena (*según CEL*):

**TABLA 8**

**Cobertura de agua potable y saneamiento básico**

	Fuente	Año base	Datos año base	Último año observado	Dato nacional	Meta al 2015	Condición étnico lingüística		Brecha no indígena /indígena b/
							No. indígena	Indígena	
% de población con agua por cañería	CNPV	1992	57,5	2003	63,6	78,5	80,1	55,4	0,7
Brecha respecto a la meta del milenio					-14,9		Alcanzó la meta	-23,1	-
% de población con saneamiento básico	CNPV	1992	28	2003	57,6	64,0	61,3	53,7	0,9
Brecha respecto a la meta del milenio					-6,4		-2,7	-10,3	-

a/ La brecha se interpreta como el cociente entre el indicador de la población no indígena con relación al de la población indígena. Fuente: Con base en la definición de indicadores y metas del CIMDM.

A manera de conclusión, cabe resaltar que este informe si bien marca un avance cualitativo importante al establecer un referente de diferenciación (y desigualdad) respecto a la situación de salud y el avance hacia el cumplimiento de los ODM desde un abordaje basado en la CEL, no presenta en general datos desagregados ni por sexo (salvo para temas que hacen a indi-

cadorees específicamente femeninos) ni por edad, lo que reproduce el enfoque homogéneo de los pueblos indígenas y limita su utilidad para el diseño e implementación de políticas públicas específicas.

Se rescatan algunas de las conclusiones del informe (UDAPE, NNUU, OIT 2006):

Los funcionarios públicos no sólo no promueven el desarrollo de las prácticas culturales propias, sino que en su afán de alcanzar metas de cobertura planteadas, descalifican las formas tradicionales de salud, educación, agricultura y manejo sostenible de su medio ambiente, accionar que refuerza el abismo cultural entre lo propio y lo externo.

El plan nacional de monitoreo de los ODM no contempla la brecha que existe entre los datos nacionales y los datos que reflejan la realidad indígena de manera específica. Si concordamos que la mayoría de los bolivianos es perteneciente a uno de los treinta y siete pueblos indígenas y que los problemas que buscan ser superados por los ODM se encuentran focalizados en esa población, esa ausencia resulta crítica.

De ese modo se puede concluir que el Estado no ha cumplido hasta hora con su obligación de ‘...asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad’, como estipula el artículo 2 del Convenio No. 169 de la OIT”.

### ◆ Caracterización de la exclusión en salud

Según UDAPE y la OPS, la exclusión en salud se asocia de manera directa con la pertenencia étnica y cultural. Por una parte, después del analfabetismo femenino (18,1% de incidencia) y la pobreza (10,6% de incidencia), la dimensión étnica se constituye en la tercera variable con un peso relativo del 9,3% en el Índice de Exclusión de Salud (UDAPE, Organización Panamericana de la Salud 2005). Entre otros aspectos, ello determina que “la población originaria es la más excluida del proceso de aseguramiento formal, observándose que el 91,2% no está afiliado a las Cajas de Salud. Esto puede deberse a la alta proporción de la población indígena que se encuentra inserta en la economía informal” (UDAPE, Organización Panamericana de la Salud 2005).

En un análisis por grupo indígena, el citado estudio señala que la mayor exclusión se da entre los/as quechuas: “La incidencia de pobreza, en una apertura según grupo étnico, muestra que los quechuas constituyen el pueblo originario más excluido, dado que el 81% de ellos son pobres, mientras que del 100% de los aymaras, el 75% se encuentra por debajo de la línea de pobreza y el 62% de los guaraníes son pobres” (UDAPE, Organización Panamericana de la Salud 2005).

### ◆ Género, conocimientos y riesgo

Un estudio de caso sobre salud sexual y reproductiva en algunas comunidades aymaras de La Paz, comunidades quechuas de Cochabamba y poblaciones Esse Ejas y Cavineñas, manifiesta que sus habitantes reconocen algunas ITS por sus síntomas, dándoles nombres particulares en su lengua materna. Son los hombres quienes manifiestan mayor conocimiento sobre estas infecciones (aunque la mayor parte de las veces es incorrecto), pues aprenden sobre éstas en las ciudades o cuarteles. En general, se concibe que las ITS, al igual que el VIH / SIDA, son infecciones propias de las ciudades, por ello mujeres y hombres indican que quienes migran son los que están en peligro (UNFPA/FCI 2008).

Como señalan Salinas y Castro (2009), “más allá de las formas particulares en las que se expresa, el género como construcción social y cultural se traduce a través de los distintos grupos y contextos en relaciones de dominación, discriminación, exclusión, no ejercicio de derechos y desiguales oportunidades para las mujeres. Esta posición de desventaja de las mujeres en la sociedad y en las relaciones de pareja en el ámbito privado, constituye un factor determinante clave para entender las dinámicas subjetivas relacionadas al embarazo de adolescentes, incluida la comprensión del riesgo”.

Otro estudio participativo realizado con la Organización Indígena Chiquitana (OICH) en torno al VIH / SIDA, recoge distintas citas que aluden a la baja percepción de riesgo:

“Por otra parte a la mayoría de los hombres consultada, que ha comprendido que tener más de una pareja es un riesgo, sobre si creen que cambiarían sus actitudes, la respuesta es ‘honestamente no creo’, ‘tendría que pasar tiempo y pensar’ (OICH s/f).

“No sé si estoy en peligro. Puede ser que vaya al médico si siento algún dolor aunque no quiera ir al médico, mis hijos me obligarían a ir, pero yo si no siento nada no creo que vaya a ir a averiguar” (OICH s/f).

Las normativas sobre los comportamientos de los/as adolescentes refuerzan las diferencias y las inequidades de género, pues por lo general es sobre las mujeres adolescentes y jóvenes que se ejerce control social, en tanto que se alienta a los hombres a conocer y experimentar su sexualidad: “En las comunidades aymaras se cuida que la joven soltera no trabaje en espacios lejanos o que camine sola, prefieren tenerla en el hogar cerca de la mirada de los padres. Por el contrario se cree que los hombres en su juventud tienen que tener experiencias para tener un mejor desempeño en sus futuras relaciones y matrimonio” (UNFPA/FCI 2008).

### ♦ Servicios

Según la ENDSA 2008 (Ministerio de Salud y Deportes, INE 2009), el “92% de las mujeres tienen al menos un problema en el acceso a los servicios de salud, especialmente por el temor a no

encontrar personal de salud (73%) o a que no existan los medicamentos necesarios (73%)”. Otros problemas mencionados por las mujeres son la dificultad de conseguir dinero, incluso para gastos mínimos de transporte, inexistencia de personal femenino, la irregularidad y el poco transporte, conseguir permiso o, simplemente, tener que ir sola.

La ENDSA también señala importantes avances en cuanto a cobertura, al mismo tiempo que alerta sobre el problema central de la calidad: “el tema de la calidad donde mayores dificultades se tiene, como muestra claramente la poca incidencia de las coberturas mejoradas en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Los servicios no han desarrollado su capacidad resolutoria y competencia técnica” (Ministerio de Salud y Deportes, INE 2009).

### ♦ Políticas públicas de salud indígena

Según las conclusiones emanadas del seminario taller “Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud”, organizado el 2008 por la CELADE y el FI, “es preciso reconocer, como parte de la realidad política, la vulnerabilidad de las políticas públicas de salud indígena, que se expresa en: (CELADE y FI 2008):

- Poco avance en dotarlas de un marco normativo específico.
- Carencia de un cuerpo institucional específico o, si existe, su invisibilización en el aparato de la salud pública por su bajo rango.
- Las políticas públicas de salud indígena, por lo general, son políticas de gobierno de turno y no políticas de Estado.

- El reto de convertir la política pública de salud indígena en realmente intercultural, en un marco de derechos.
- Las políticas públicas de salud indígena tienden a no reconocer o descuidar las necesidades y derechos de la salud de los pueblos indígenas en los espacios urbanos (migración y urbanización).

A este análisis sobre la vulnerabilidad y limitaciones de las políticas públicas de salud indígena, sin duda cabe realizar una fuerte crítica respecto

a un abordaje monolítico, homogéneo de “los pueblos indígenas”, como si la diversidad y la desigualdad sólo existieran al margen de estos. Las restricciones a la hora de pensar políticas públicas diferenciadas para atender las necesidades de grupos indígenas específicos, representan una visión tradicional, estática y homogénea de los/as indígenas, que al invisibilizar las diferencias y situaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad de algunos grupos, de alguna manera reproduce el mismo problema que se está pretendiendo revertir.

Para el caso de Bolivia, el informe realizado el año 2006 que analiza el grado de cumplimiento de los ODM respecto a pueblos indígenas, enfatiza que:

“...uno de los retos más importantes para alcanzar los ODM es el de incorporar la equidad en las políticas públicas a partir de criterios que tiendan a favorecer a los pueblos indígenas y originarios. Si bien en materia normativa, el Estado boliviano ha incorporado la temática indígena y avanzó en el sentido de asumir el desarrollo de los derechos de los pueblos indígenas...demuestra que lo realizado no ha sido suficiente para avanzar en generar condiciones de vida aceptables para la población autoidentificada como indígena originaria”.

(UDAPE, NNUU, OIT 2006).

## SITUACIÓN DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JÓVENES INDÍGENAS

En esta sección se presenta una aproximación diagnóstica a la situación de los y las adolescentes y jóvenes indígenas en Bolivia respecto a su salud, poniendo énfasis en su salud sexual y salud reproductiva. Como primera referencia se han tenido en cuenta datos de planes sobre adolescencia y juventud, así como planes del Ministerio de Salud y Deportes y otras dependencias estatales. También se ha acudido a diversas fuentes, particularmente de organizaciones no gubernamentales que trabajan la temática, y distintos programas de las Naciones Unidas. Se hizo un recorrido en la búsqueda de investigaciones cualitativas que aportan a este resumen del estado de situación.

En general se encontraron grandes vacíos en información específica referida a la salud de adolescentes y jóvenes indígenas; existen más datos sobre adolescentes y jóvenes de las ciudades e inclusive de lugares periurbanos, pero no de indígenas y/o rurales. En el Sistema de Información Nacional de Salud no tienen datos desagregados de la salud de jóvenes y mucho menos de las áreas rurales; respecto al énfasis en salud sexual y reproductiva, los vacíos se hacen más evidentes todavía.

De manera general según la ENDSA 2008, los y las adolescentes y jóvenes, tienen necesidades de salud insatisfechas relacionadas a aspectos nutricionales, psicosociales, problemas de piel, entre otros, y en el área de salud sexual y salud reproductiva les falta acceso a educación para la sexualidad, atención diferenciada, información sobre su salud, etc.; asimismo, están expuestos a riesgos relacionados con el inicio de la actividad sexual a temprana edad, violencia, ITS / VIH y SIDA, embarazos no deseados, abortos y otros. La proporción de mujeres entre 15 a 19 años

que han tenido relaciones sexuales es de 26%. La proporción de mujeres jóvenes casadas o que viven en pareja, en este tramo de edad, representa alrededor de un 10% y más de la mitad de la mujeres en el grupo de 20 a 24 ya vive en unión conyugal (*Ministerio de Salud y Deportes, INE 2009*). Esto tiene una estrecha relación con la fecundidad adolescente y la exposición a riesgos reproductivos.

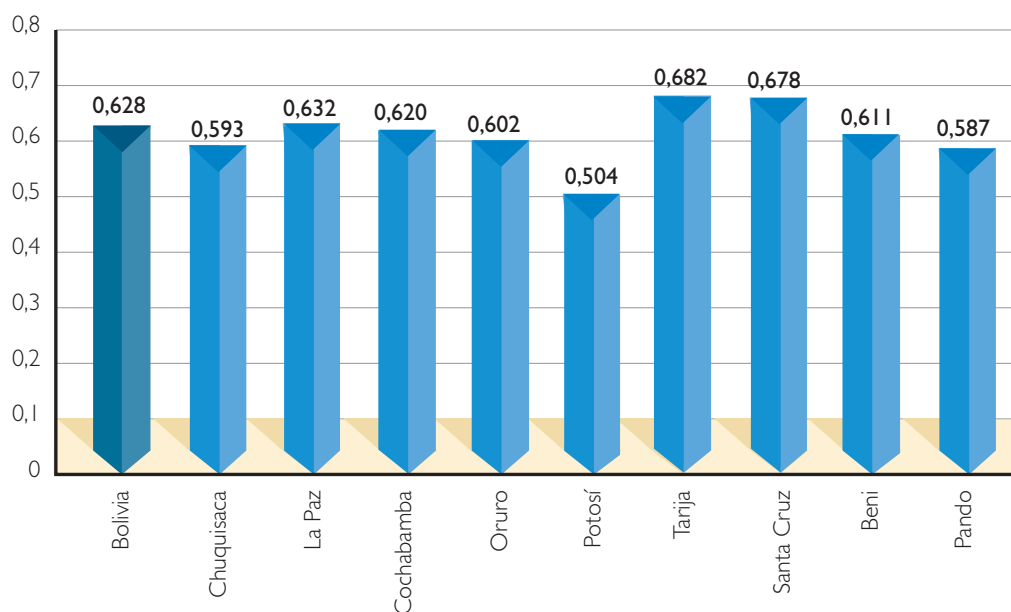
En el Plan Nacional de Juventudes “Jóvenes Unidos al Cambio (2008-2012) se propone que “las acciones a favor de las y los jóvenes se relacionan con las políticas, estrategias y programas de diferentes sectores”.

### ♦ El Índice de Desarrollo Municipal de la Infancia, Niñez y Adolescencia

Recientemente ha salido publicado el Informe del Índice de Desarrollo Municipal de la Infancia, Niñez y Adolescencia, que comprende el grupo etéreo hasta los 17 años. En el tema de salud, el IDINA reporta que “los departamentos de Santa Cruz y de Tarija presentan el mayor cumplimiento de los derechos de la niñez y de la adolescencia, ya que registran las menores tasas de desnutrición crónica del país (13% y 18%, respectivamente). En consecuencia, a la fecha, ya han superado la meta de los ODM para este indicador. Asimismo, ambos departamentos tienen los menores niveles de mortalidad para todos los grupos de edad y la mayor cobertura de partos institucionales de adolescentes”. En contraposición, “el departamento de Potosí, exceptuando su municipio capital, revela la situación más precaria en cuanto a salud, presentando la tasa más elevada de desnutrición crónica del país (42%)” (*UDAPE y UNICEF 2009*). – El siguiente gráfico presenta el denominado Índice del Ambiente de Salud por departamento:

**GRÁFICO 11**

**Índice del ambiente de salud por departamento  
(sobre un valor máximo de 1)**



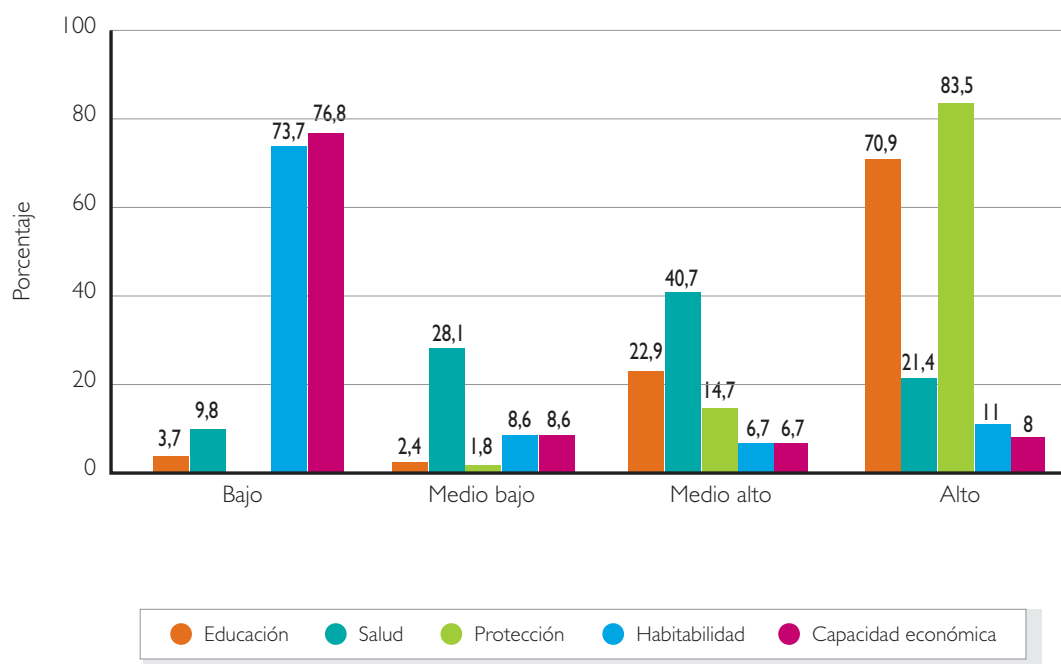
Fuente: IDINA 2009.

El IDINA tiene la cualidad de tener una información desagregada a nivel municipal... “poniendo en evidencia las fuertes desigualdades existentes a nivel local en el cumplimiento de los derechos de la niñez y de la adolescencia,... la desagregación de la información es muy importante para orientar la focalización de las políticas, de los programas y de los proyectos en las áreas locales, para fortalecer las capacidades municipales y para promover el uso eficiente de sus recursos” (UDAPE y UNICEF 2009).

En el ambiente de salud, 41% de los municipios del país tiene un cumplimiento de derechos medio alto; 21%, un cumplimiento elevado; y 28%, un cumplimiento medio bajo. Entre los municipios con los mayores avances en cuanto a salud figuran San Ramón, en el departamento de Beni (0,822) y las ciudades capitales de Cochabamba (0,802) y de Tarija (0,783). En contraste, los municipios con mayores problemas en este ambiente son Caripuyo (0,177), en el departamento de Potosí, Todos Santos (0,232), en el departamento de Oruro, y Vila Vila (0,279), en el departamento de Cochabamba.

**GRÁFICO 12**

**Distribución porcentual de los municipios de acuerdo con los rangos de cumplimiento de derechos en cada ambiente del IDINA. (en porcentaje)**



Fuente: IDINA 2009.

El informe señala que aunque “los resultados nacionales del IDINA reflejaron un cumplimiento de derechos moderado, la información departamental y municipal dio a conocer mayores disparidades al respecto... el departamento de Tarija y los departamentos del eje central del país (*La Paz, Cochabamba y Santa Cruz*) resultaron ser los que tienen los mayores logros en términos de desarrollo y de bienestar de la niñez y de la adolescencia. Mientras que... Tarija se destacó por sus importantes avances en cuanto a habitabilidad... La Paz sobresalió por su mejor nivel educativo y... Santa Cruz se distinguió por poseer el mayor índice de capacidad económica”. Pando, Potosí, Beni y Chuquisaca mostraron los menores niveles de desarrollo de la niñez y de la adolescencia. En el oriente boli-

viano el mayor problema tiene que ver con el limitado acceso de su población a servicios básicos y a una vivienda de calidad. Por su parte, “el departamento de Potosí fue el que presentó los más bajos indicadores de salud de todo el país y, juntamente con Chuquisaca, registró los mayores porcentajes de población con NBI y que vive en condiciones de pobreza extrema” (*UDAPE y UNICEF 2009*).

Los resultados presentados en la última parte del IDINA (2009) “confirman que muchas de las decisiones estratégicas que se toman en los hogares con relación a la demanda de salud y a la delegación de tareas y de trabajo favorecen o desfavorecen, de manera diferenciada, a la niñez y a la adolescencia, de acuerdo con su sexo y



con su edad. Cabe resaltar que, en la mayor parte de los casos, las mujeres son las que tienen mayores desventajas”.

### ◆ Exclusión en salud

Según UDAPE y la OPS, “en los hogares y el sistema de salud se subestiman los eventos de enfermedad en el grupo poblacional correspondiente a adolescentes y jóvenes y la ausencia de salud preventiva lleva a que las enfermedades sean atendidas cuando tienen un grado de severidad que, además de mayor riesgo y vulnerabilidad, implica incurrir en gastos catastróficos” (UDAPE, *Organización Panamericana de la Salud 2005*). UNFPA (2008) confirma esta situación de despreocupación de algunas familias, señalando que “un aspecto preocupante es la poca importancia que dan algunos/as padres y madres a la salud de sus hijos/as adolescentes. El estudio demuestra que la familia y el apoyo de los padres y madres, tiene mucha influencia a la hora de buscar atención para la salud, sobre todo en casos de emergencia”.

En ese marco y como se verá más adelante, existe un alto porcentaje de adolescentes y jóvenes cuyas necesidades de salud no están siendo atendidas oportunamente; por otro lado, el estudio realizado por el UNFPA sobre servicios en La Paz, Santa Cruz y El Alto, señala que “no se han identificado opiniones sobre el beneficio de la prevención para mejorar la salud o actividades para una vida saludable. Este hecho lleva a pensar que no se está desarrollando una cultura de prevención frente a las diversas eventualidades que pueden incidir en la salud de los y las adolescentes” (UNFPA 2008).

### ◆ Problemas de salud priorizados

Según el Diagnóstico Participativo en Salud para los Centros de Salud Comunitarios (*Proyecto*

*SILOS- Cooperación Técnica Belga (2001)*), el problema central para las mujeres jóvenes tiene que ver con la “falta de información en salud sexual y reproductiva”, asociada a embarazos precoces, matrimonios a temprana edad y abortos. Asimismo, se plantean problemas asociados a la falta de comunicación con los padres, peleas conyugales y enfermedades venéreas. En el caso de los hombres jóvenes, priorizan como problema central el alcoholismo y la drogadicción, aludiendo también a la violencia, inseguridad, violación, marginamiento, así como a temas de peleas familiares, embarazo precoz, prostitución y aborto. – La mayoría son migrantes de contextos rurales. – Otro estudio realizado en la ciudad de Potosí (*Ramírez 2005*), también señala la centralidad de problemas de salud asociados al alcoholismo y el suicidio de adolescentes. Como reporta el estudio del UNFPA sobre *Expectativas y Demanda de Servicios de Salud de los y las Adolescentes (2008)*, estos problemas de salud son multiplicadores: “se evidencian riesgos potenciales para la salud de los y las adolescentes relacionados a estilos de vida y comportamientos de riesgo”.

### ◆ Conocimientos y concepciones sobre SSR

Como enfatizan Salinas y Castro, “de manera general, la sexualidad tanto en sus valoraciones como en su ejercicio, está determinada por normativas culturales, incluyendo los conceptos culturales de masculinidad y feminidad. Sin embargo, es importante resaltar que la migración, el trabajo, la educación y otros agentes inciden en el cambio de estas pautas culturales. Así, por ejemplo, el inicio de las relaciones sexuales varía de acuerdo con las normativas culturales, la residencia urbano/rural, la educación y el género” (2009).

Según la ENAJ, 52% de adolescentes y jóvenes declaran haber recibido educación sexual en

temas de planificación familiar. Las ciudades donde se observó mayor porcentaje de adolescentes y jóvenes que recibieron este tipo de ca-

pacitación son Montero (73%) y Cobija (71%), en tanto que los menores porcentajes fueron observados en Riberalta (41%) y El Alto (43%).

**TABLA 9**

**Población adolescente y joven según temas de educación sexual recibida**

Descripción	Reproducción	Planificación familiar	Derechos reproductivos	Violencia sexual	VIH/SIDA	Ningún tema	Otros
<b>Ciudad</b>							
La Paz	83	64	46	43	72	7	0
El Alto	51	43	24	22	56	18	0
Santa Cruz	57	47	27	20	69	14	0
Montero	62	73	24	42	78	9	0
Cochabamba	69	55	31	37	71	10	1
Colcapirhua	72	69	42	65	72	12	0
Sacaba	60	51	18	27	69	16	0
Quillacollo	64	59	41	57	73	10	0
Sucre	69	53	23	21	48	13	0
Tarija	73	55	42	52	66	6	0
Yacuiba	71	45	26	28	56	14	0
Oruro	68	58	21	20	70	16	0
Trinidad	56	66	26	35	79	6	0
Riberalta	50	41	23	27	53	20	0
Guayaramerin	53	51	28	32	71	14	1
Cobija	72	71	40	38	81	8	0
Potosí	59	47	33	31	68	14	1
<b>Sexo</b>							
Hombre	64	51	29	28	67	13	0
Mujer	64	54	31	31	66	12	0
<b>Edad</b>							
10-12	33	11	6	9	29	44	0
13-14	58	33	21	22	61	15	0
15-19	72	65	36	37	79	3	0
20-24	77	73	42	39	78	2	0
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>52</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>66</b>	<b>13</b>	<b>0</b>

Fuente: Encuesta Nacional de la Adolescencia y Juventud 2008.

Por otro lado, la Línea de Base elaborada para el Proyecto “Mujeres y adolescentes empoderadas en torno a sus derechos sexuales y reproductivos” de Plan Internacional y CISTAC (CIPP 2006), que abarcaba a 19 municipios rurales de seis departamentos de Bolivia, también muestra datos que dan indicios de la situación de desigualdad de género y residencia, respecto a conocimientos sobre temas de SSR en las zonas rurales de nuestro país, donde las “...diferencias se ahondan más entre los habitantes de la capital del municipio y los pobladores de las comunidades del área rural. Los primeros son visualizados por las diferentes instituciones estatales y no gubernamentales para recibir información sobre diferentes temáticas, en cambio los segundos prácticamente no son tomados en cuenta. Esta situación se corrobora al comparar la información recogida de los y las habitantes de las comunidades rurales, y la información recogida de los y las habitantes de las capitales de municipio o poblados cercanos” (CIPP 2006).

La “Evaluación Participativa de Necesidades en Salud Sexual y Reproductiva con Poblaciones Jóvenes del Departamento del Beni”, realizada el 2005, concluye respecto al tema de conocimiento e información lo siguiente:

“La poca información de SSR que los y las jóvenes manejan la han recibido de sus madres y sus amigos. Los conocimientos de los y las jóvenes sobre sexualidad y SSR son escasos, fragmentados y confusos. No se conoce bien la anatomía y fisiología de la reproducción. Abundan los mitos en relación a la menstruación, la fecundación, la anticoncepción y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. A modo de ejemplo:

- El **40%** no sabe qué son las ITS.
- El **28%** considera que tener una **ITS** es parte del **proceso normal** del desarrollo de los chicos.
- El **10%** atribuye las ITS al contacto con trabajadoras sexuales.

**TABLA 10**

**Población joven que conoce los derechos sexuales y reproductivos**

OP	Población joven	Sexo				Total	Porcentaje
		Femenino	Porcentaje	Masculino	Porcentaje		
Sucre (Chuquisaca, Potosí y Cochabamba)	200	8	4,00%	34	17,00%	42	21,00%
Altiplano (La Paz)	192	22	11,46%	32	16,67%	54	28,10%
Tarija	192	13	6,77%	21	10,94%	34	17,70%
Santa Cruz	192	24	12,50%	19	9,90%	43	22,40%
<b>País</b>	<b>776</b>	<b>67</b>	<b>8,63%</b>	<b>106</b>	<b>13,66%</b>	<b>173</b>	<b>22,29%</b>

Fuente: Elaboración CIPP Encuestas Línea de Base Proyecto Mujeres y Adolescentes Empoderadas en torno a sus Derechos Sexuales y Reproductivos.

- Y sólo el **22%** de las personas jóvenes consultadas sabe que las ITS son enfermedades que se transmiten al tener relaciones sexuales". (FCI, CIES, Sedes Beni s/f).

Otro estudio realizado en Santa Cruz por la Dirección Departamental de Desarrollo Social (2006) sobre *Situación, Percepción y Expectativas de los Jóvenes en Provincia*, identifica que después de la política, los/as jóvenes quieren informarse sobre salud sexual y reproductiva.

Finalmente, el estudio del UNFPA (2008) sobre servicios, también resalta que "los programas para la sexualidad que se imparten en los establecimientos educativos del país, han posibilitado que los y las adolescentes hayan ido adquiriendo conocimientos básicos sobre diferentes aspectos relacionados a la sexualidad y la reproducción. El análisis sobre este tema revela que a pesar de la extensión lograda en la implementación de estos programas, los avances son heterogéneos y en algunos casos insuficientes y de poca calidad".

### ♦ Género, etnicidad y fertilidad

Distintos estudios han reiterado repetidamente sobre el valor a la fecundidad y maternidad que otorgan los pueblos indígenas. En las comunidades andinas, por ejemplo, se compadecen de las parejas sin hijos, ya que "los hijos son fuente de valoración social y también son recursos económicos, fuerza de trabajo para la unidad doméstica familiar" (Dierna y Aragón 2000). A ello se suma la alta valoración de la maternidad y la concepción de feminidad completa relacionada al ser madre, que atraviesa las distintas culturas y grupos sociales (cita en Salinas y Castro 2009). La evaluación participativa realizada en el departamento amazónico del Beni también señala, respecto al gran número de embarazos que ocurren poco después de la menarquia, que "si bien en principio las jóvenes no los consideran

deseables, serían aceptados por un lado con una leve resignación, y por otro con cierta satisfacción por estar cumpliendo con las expectativas y roles de género fuertemente promovidos en la comunidad: la maternidad fortalece la identidad femenina" (FCI, CIES, Sedes Beni s/f).

En Bolivia, la población indígena tiene una tasa de fecundidad de 4.8 hijos por mujer; de acuerdo con Velasco (2002). El comportamiento de esta tasa también puede argumentarse como una actitud de carácter más bien étnico (y no siempre urbano-rural). Las mujeres quechuas presentan una tasa de fecundidad de 5.89 a diferencia de la tasa de fecundidad de las mujeres aymaras de 3.9 hijos por mujer (cita en Montalva y Velasco 2006). De manera general, se observa que las tasas de fecundidad de los pueblos indígenas son más elevadas en todas las edades, salvo en la tasa de mujeres de 15-19 años de edad.

Sin embargo, como alertan Salinas y Castro (2009), sin desconocer la alta valoración de la maternidad latente en zonas rurales y pueblos indígenas, es importante reconocer que distintos procesos sociales como la migración, la escuela, el trabajo, los medios de comunicación masiva, entre otros, han afectado y modificado esta preferencia, generando mayor diversidad inter- e intragenerica en los patrones de fertilidad y maternidad. Asociado a ello, el *Diagnóstico en comunidades Chiquitanas y Ayoreas "Conocimientos y Riesgo de ITS, VIH y SIDA con enfoque de género"* enfatiza que "en la salud sexual y reproductiva de la mujer se centran elementos culturales y sociales. Por una parte, la condición social de género y los papeles e identidad que se asigna a las mujeres y por otra los servicios que brinda el Estado. El acceso a la atención en salud sexual y reproductiva, en este sentido, está mediado por la oferta de servicios, el acceso a información sobre los mismos, la existencia de recursos económicos y la capacidad de decisión" (Congregación de Hermanas del Buen Pastor 2008).

Pero a pesar de todo ello, es importante considerar que la Subregión Andina es la única región en el mundo en la que la tasa de descenso de la fecundidad adolescente, es mucho menor que el descenso de la fecundidad general.

### ♦ Uso de métodos anticonceptivos

Según la ENDSA 2008, la utilización de anticoncepción por los/as adolescentes (15-19 años) y jóvenes es muy baja (4,6% y 23,3% respectivamente), en métodos modernos. Cuando se compara la evolución de la demanda insatisfe-

cha de los cinco últimos años, se observa que ésta disminuyó en todos los grupos etáreos, excepto justamente en el quinquenio que corresponde a adolescentes (*Ministerio de Salud y Deportes, INE 2008*).

De acuerdo a los datos de la ENAJ, la preferencia de hombres y mujeres por el condón es compartida. Asimismo, el condón registra la preferencia para todos los grupos etáreos, seguido por la pastilla y la inyectable. Este patrón también se repite en la desagregación por departamento (*VIO y UNFPA 2009*).

<b>TABLA II</b>		<b>Población adolescente y joven según métodos de anticoncepción que conoce</b>				
Descripción	Condón	Pastilla	Inyectable	DIU	Anticoncepción de emergencia	Ningún método
<b>Ciudad</b>						
La Paz	83	57	25	23	6	16
El Alto	72	46	21	21	4	24
Santa Cruz	73	55	36	18	1	24
Montero	79	56	37	13	1	19
Cochabamba	78	55	24	20	6	21
Colcapirhua	77	55	31	21	6	21
Sacaba	71	43	14	16	1	28
Quillacollo	74	48	26	16	7	24
Sucre	75	45	24	21	7	24
Tarija	84	55	32	27	3	15
Yacuiba	76	52	30	15	4	23
Oruro	75	52	28	14	3	25
Trinidad	83	50	32	10	7	16
Riberalta	70	47	38	7	3	28
Guayaramerin	73	48	29	7	2	25
Cobija	86	50	41	18	4	13
Potosí	70	38	22	12	3	30

**TABLA II**
**Población adolescente y joven según métodos de anticoncepción que conoce**

Descripción	Condón	Pastilla	Inyectable	DIU	Anticoncepción de emergencia	Ningún método
<b>Sexo</b>						
Hombre	76	46	21	14	4	23
Mujer	75	57	35	24	4	22
<b>Edad</b>						
10-12	23	6	3	0	0	76
13-14	65	29	12	7	1	33
15-19	92	64	32	20	4	5
20-24	96	76	47	35	8	2
<b>Total</b>	<b>76</b>	<b>52</b>	<b>28</b>	<b>19</b>	<b>4</b>	<b>22</b>

Fuente: Encuesta Nacional de la Adolescencia y Juventud 2008.

### ◆ Embarazo adolescente

Según los datos de la ENDSA 2008, entre el 2003 y el 2008 la tasa global de fecundidad ha continuado alta, aunque con una ligera disminución de 3,8 a 3,5 hijos por mujer. Además, ha persistido la brecha entre los lugares de residencia, pues en el área rural la tasa global de fecundidad supera por casi el doble (5,5 hijos el 2003 a 4,9 hijos el 2008) a la del área urbana (3,1 hijos el 2003 a 2,8 hijos el 2008), no obstante en la zona rural la disminución fue mucho mayor (*ENDSA 2003 y 2008*).

En relación a la maternidad, el 51,73% de mujeres entre 19 y 26 años tiene hijas/os, existiendo una mayor predominancia en el área rural (49,04%). 32% de las madres jóvenes son madres solteras. En relación a la tasa de fecundidad,

14 de cada 100 mujeres adolescentes ya son madres o están embarazadas por primera vez. A partir de los 19 años la cifra se eleva a 30 de cada 100 mujeres.<sup>6</sup>

Aún así, existe una brecha importante entre el número de hijos/as que las mujeres tienen y los que desean tener; tienen cuatro pero desean tener solamente dos. Esto se puede explicar por la dificultad de acceder a información, orientación y servicios de anticoncepción que tienen las mujeres pobres. Al analizar esta variable, se confirma que las mujeres que pertenecen al quintil más pobre tienen cerca de 7 hijos en promedio, en contraste con los 3 que deseaban tener; en cambio, las mujeres del quintil más rico, tienen prácticamente la cantidad de hijos que deseaban tener.<sup>7</sup>

6 CNPV 2001.

7 Bolivia: Población, territorio y medio ambiente. Análisis de la situación de la población, MPD, UNFPA, La Paz, 2005.

Según la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2008 (VIO y UNFPA 2009), “65% de las mujeres adolescentes y jóvenes tienen experiencia de al menos un embarazo”. Como se presenta en el Tabla 13 se aprecia un compor-

tamiento diferenciado de la tasa de embarazo en adolescentes y jóvenes por ciudades. Las ciudades con mayor tasa de embarazo y superior al promedio general son El Alto (83%), Colcapirhua (76%) y Guayaramerín (74%).

**TABLA 12**

**Embarazo y maternidad de adolescentes. Porcentaje de adolescentes (15-19 años) que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, por características seleccionadas, Bolivia 2008**

Característica	Adolescentes alguna vez embarazadas			Número de adolescentes
	Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo	Total alguna vez embarazadas	
<b>Edad</b>				
15	3,2	1,9	5,1	705
16	6,0	2,6	8,7	716
17	14,4	3,6	17,9	757
18	19,8	3,7	23,5	731
19	30,5	6,6	37,0	609
<b>Educación</b>				
Primaria	27,3	4,7	31,9	986
Secundaria	9,4	3,2	12,7	2.380
Superior	3,3	1,0	4,3	136
<b>Residencia</b>				
Urbana	11,1	3,3	14,5	2.317
Rural	20,6	4,1	24,6	1.201
<b>Quintil de riqueza</b>				
Quintil inferior	26,6	4,6	31,3	486
Segundo quintil	18,9	4,0	22,8	668
Quintil intermedio	15,5	2,2	17,7	748
Cuarto quintil	11,1	5,2	16,3	794
Quintil superior	5,5	2,3	7,8	882

**TABLA 13**
**Mujeres adolescentes y jóvenes según experiencia de embarazo y embarazo deseado**

Descripción	No estuvo embarazada	Estuvo embarazada	Embarazo deseado	Embarazo no deseado
<b>Ciudad</b>				
La Paz	36	64	44	56
El Alto	17	83	38	62
Santa Cruz	29	71	47	53
Montero	33	67	49	51
Cochabamba	52	48	38	62
Colcapirhua	24	76	40	60
Sacaba	32	68	50	50
Quillacollo	42	58	40	60
Sucre	60	40	25	75
Tarja	47	53	30	70
Yacuiba	52	48	42	58
Oruro	49	51	34	66
Trinidad	66	34	44	56
Riberalta	29	71	38	62
Guayaramerín	26	74	57	43
Cobija	41	59	35	65
Potosí	36	64	29	71
<b>Edad</b>				
13-14	91	9	67	33
15-19	49	51	26	74
20-24	31	69	46	54
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>65</b>	<b>42</b>	<b>58</b>

Fuente: Encuesta Nacional de la Adolescencia y Juventud 2008.

El comportamiento de la tasa de embarazo por edad revela que entre los 15 y 19 años aproximadamente, la mitad de las mujeres adolescentes y jóvenes estuvo embarazada. Los resultados evidenciados con la encuesta permiten constatar la importancia de prevenir el embarazo adolescente, tomando en cuenta que (VIO y UNFPA 2009):

- 63% de las mujeres adolescentes y jóvenes entre 15 y 19 años de edad no usan métodos anticonceptivos.
- La edad promedio de la primera relación sexual en mujeres adolescentes y jóvenes es 18 años de edad.
- La tasa de no matriculación a establecimientos educativos incrementa significativamente a partir de los 15 años.



- Entre los 15 y 19 años, 51% de las adolescentes y jóvenes experimentan su primer embarazo, que generalmente es no deseado (74%).

Aproximadamente 3 de cada cinco embarazos en adolescentes y jóvenes son no deseados. En el total de ciudades estudiadas, 58% de las mujeres adolescentes y jóvenes declaran que el embarazo que tuvieron fue no deseado. La mayor tasa de embarazo no deseado se registra en Sucre (75%) y Potosí (71%), ciudades capitales de dos de los departamentos con mayor incidencia de población indígena. Se debe advertir que los indicadores relacionados al embarazo en el grupo de edad 13 - 14 años tienen asociado un elevado error muestral y consecuentemente se sugiere no analizarlos.

Por otro lado, la mayor tasa de embarazo no deseado se evidencia entre mujeres de 15 a 19 años. Tres de cada cuatro embarazos entre mujeres adolescentes y jóvenes de 15 a 19 años de edad son no deseados. Esta característica del embarazo no deseado, suma a las justificaciones anteriormente presentadas de la importancia de prevenir el embarazo a edad temprana.

Coll (2006), citando a Stern (1995), hace referencia al contexto rural tradicional, contexto social referido a pequeñas poblaciones o familias cuya existencia depende de explotaciones rurales, que mantienen un estilo de vida tradicional.

La adolescencia casi no existe y se asumen responsabilidades familiares y laborales a edades más tempranas. El embarazo se da con frecuencia antes de los 18 años y conduce a uniones tempranas. Es un "evento normal, no problemático, aceptado dentro de sus normas y costumbres". En otros contextos de carácter más urbano, "el embarazo en las adolescentes adquiere así el significado de 'solución a problemas sociales y familiares en un contexto de falta de opciones'" (Coll 2006). En opinión de las autoras, esto último también se manifiesta en contextos de alta ruralidad.

De cualquier manera, a pesar de que la maternidad temprana no necesariamente tiene que ver con un embarazo no deseado, y que existen contextos culturales en los que la maternidad adolescente es bien vista y no representa o se vive como una ruptura del proyecto de vida, sin lugar a dudas el embarazo en la adolescencia en un alto porcentaje genera situaciones que incrementan la exclusión, la vulnerabilidad y las desigualdades, particularmente para las mujeres. Y en su caso más extremo, el embarazo en la adolescencia genera muerte materna; según datos de la CEPAL y la OIJ para 2005, para Bolivia la tasa de mortalidad materna en mujeres entre los 15 y 19 años era de un 13,5%.

El siguiente cuadro presenta los distintos riesgos asociados a la maternidad temprana.

**TABLA 14**

**Consecuencias negativas de la fecundidad adolescente para las madres, los hijos y la sociedad**

Riesgos para las madres	Riesgos para la descendencia	Riesgos para la sociedad
<p>La maternidad temprana obstruye la acumulación de activos en capital humano y social necesarios para mantener expectativas razonables de movilidad social, sobre todo porque dispara la deserción escolar y reduce significativamente el tiempo disponible para las actividades formativas. La fecundidad adolescente, cuando ocurre a edades muy tempranas (en particular, antes de los 17 años) entraña riesgos para la salud asociados a la falta de madurez fisiológica<sup>a</sup>. La fecundidad adolescente suele recluir a las madres en actividades domésticas y empujar a los padres al mundo laboral en condiciones precarias. Esta inserción desmedrada en el mundo de trabajo y de la educación también tiene consecuencias sobre la adquisición de activos en capital social. El abandono de establecimientos educativos y la ausencia o debilidad de experiencia laboral priva a las madres adolescentes de vínculos con redes de personas que pueden cumplir un importante papel en la prevención de información y contactos que facilitan el acceso al mercado laboral y aumentan las posibilidades de obtener buenos puestos.<sup>b</sup></p>	<p>La maternidad temprana es uno de los eslabones centrales en los mecanismos de reproducción intergeneracional de la pobreza, pues el desarrollo del capital educativo y social de los niños dependen en gran medida de la mayor o menor riqueza de activos de los progenitores. La fecundidad adolescente se asocia a alta fecundidad al final de la vida fértil, por que los hijos tenidos durante la adolescencia frecuentemente deben compartir los usualmente escasos recursos de tiempo, espacio y dinero de sus hogares con varios niños.<sup>c</sup> La maternidad en la adolescencia tiene una mayor probabilidad de ser uniparental, lo que constituye una desventaja de base para los hijos.</p>	<p>Con la maternidad temprana, la sociedad no sólo pierde el aporte de recursos humanos potenciales de la madre y de su descendencia, sino que además debe invertir recursos adicionales en el sistema educativo tendientes a compensar la incapacidad de esos hogares para complementar el esfuerzo de las escuelas.<sup>b</sup></p>

Fuente: CEPARL/CELADE (comisión Económica para América Latina y el Caribe, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía - División de Población), Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe (LC/L 1339), Santiago de Chile, marzo de 2000.

a. A. Langer; G Nigenda y S. García, "Salud reproductiva reforma del sector salud en América Latina y el Caribe", documento presentado al seminario internacional sobre salud reproductiva y la reforma del sector salud en América Latina y el Caribe, Brasilia, 26,y 27 de julio de 1999.

b. R. Kaztman, "Activos y estructuras de oportunidades. Estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay" (LC/MVD/R.180), Montevideo, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)/Oficina de la CEPAL en Montevideo, mayo de 1999.

c. S. Desai, "When are children from large families disadvantaged? Evidencie from cross-national analyses", Population Studies, No. 49, Londres, 1995, pp.195-210.

## ♦ VIH / SIDA

Desde el inicio de la epidemia del VIH / SIDA, en el año 1984, esta se caracterizó en Bolivia por manifestarse en un **estadio incipiente**. Hoy, se encuentra en una **epidemia concentrada**: la prevalencia en algunos grupos de población que tienen comportamientos sexuales que los exponen a más riesgo para la transmisión del VIH, está por encima de 5%. Estos grupos constituyen potencialmente una población puente para la transmisión del VIH hacia otros grupos de la población, incluyendo a la población general.<sup>8</sup>

Hasta el año 2008 se notificaron 3.588 casos (2.424 personas que adquirieron el VIH y 1.164 casos de SIDA). Uno de cada tres casos (28,4%) se presenta en adolescentes y jóvenes, constituyéndose en el grupo de mayor riesgo. Casi el 90% de los casos están concentrados en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz (SNIS). Otros datos reportan que el grupo etáreo más afectado se encuentra entre los 25 a 34 años de edad (Ministerio de Salud y Deportes, UNICEF, UNFPA 2008); en cualquier caso, el grupo de jóvenes y adolescentes tiene un incremento significativo.

En cuanto a población indígena afectada, "si bien no existen datos que muestren la relación de afectación del VIH entre el área rural y urbana y si bien la mayoría de los casos son registrados en el área urbana, algunos casos aislados aparecidos en el área rural nos hacen sospechar que la epidemia está expandiéndose en diferentes comunidades" (Ministerio de Salud y Deportes, UNICEF, UNFPA 2008):

"Se informa que en el área rural no existe ningún trabajo en prevención sobre ITS / VIH / SIDA en las comunidades indígenas, lo que constituye un riesgo para estas poblaciones por la alta migración de los varones y por los campamentos de trabajadores. Esta situación es una alerta para las autoridades del Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional de ITS / VIH / SIDA, quienes deben tomar conocimiento de la importancia de la prevención para evitar la propagación de estas enfermedades" (Care Internacional Bolivia 2008).

Un 94% de la transmisión es por contacto sexual, 3% por la vía perinatal por transmisión vertical y el 1% por transfusión sanguínea (Ministerio de Salud y Deportes, UNICEF, UNFPA 2008). Según Population Concern (2003), "el VIH / SIDA es la enfermedad de transmisión sexual más conocida por jóvenes rurales; sin embargo, las manifestaciones de dicha enfermedad la vinculan con los síntomas de cualquier otra ITS".

## ♦ Violencia

"La violencia sexual y basada en el género, incluidos los malos tratos físicos y psicológicos, la trata de mujeres y niñas, así como otras formas de malos tratos y la explotación sexual exponen a las niñas y a las mujeres a un alto riesgo de padecer traumas físicos y mentales, así como enfermedades y embarazos no deseados".<sup>9</sup> Según la ENDSA, el 22% de las mujeres en unión re-

8 Informe sobre la respuesta nacional a la epidemia del VIH / SIDA en Bolivia 2006 2007, UNGASS Bolivia, MSD, La Paz, 2008.

9 Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995, p. 99.

portan haber sido empujadas, golpeadas con las manos o los pies, con objetos, intentado estrangularlas o tener relaciones sexuales forzadas (Ministerio de Salud y Deportes, INE 2009).<sup>10</sup>

Según datos proporcionados por el Servicio Nacional de Información en Salud (SNIS) y el INE, en el 2006 fueron atendidos en los servicios de salud por situaciones de violencia física y sexual 2.883 mujeres y 1.014 hombres, en los nueve departamentos del país. Del total de casos atendidos en los servicios de salud 26,72% corresponde a violencia física y sexual. Lamentablemente, la imposibilidad de acceder a datos diferenciados por edad impide visualizar la violencia en la población joven, sin embargo se puede asumir que dentro los casos atendidos se encuentran las y los jóvenes.

De acuerdo a la ENAJ-08<sup>11</sup> (VIO y UNFPA), en la totalidad de ciudades estudiadas por la encuesta, “al menos 3% de los/as adolescentes y jóvenes han sido víctimas de agresión sexual. La violencia sexual hacia adolescentes y jóvenes presenta un comportamiento diferenciado por ciudad, como se observa en la Tabla 16, con un mayor porcentaje de víctimas en las ciudades de Trinidad (7%), Riberalta (6%), Cobija, El Alto (5%), Tarija (4%) que están por encima de la media. Particularmente en la ciudad de Quillacollo se observa que varias personas entrevistadas se abstuvieron de responder (2%) y que presumiblemente podrían ser víctimas de agresión sexual. Sumado ese porcentaje al 3% que declaró afirmativamente, podría revelar un porcentaje mayor al promedio general”.

TABLA 15

## Casos de violencia física y sexual atendida en los servicios de salud (2006)

Caso	Total
<b>V. I. Femenina</b>	<b>2.883</b>
Menores de 14 años	262
Mayores de 14 años	2.621
<b>V. I. Masculina</b>	<b>1.014</b>
Menores de 14 años	190
Mayores de 14 años	824
<b>Porcentaje víctimas de VIFS atendidas en salud</b>	<b>26,72%</b>

Fuente: SNIS/INE Datos preliminares.

10 Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2009 - 2015, “Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida.

11 Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud - 2008.

**TABLA 16****Población adolescente y joven según relación sexual forzada**

Descripción	Sí	No	No desea responder
<b>Ciudad</b>			
La Paz	3	97	
El Alto	5	95	0
Santa Cruz	3	97	
Montero	3	98	0
Cochabamba	2	98	0
Colcapirhua	3	97	
Sacaba	2	98	
Quillacollo	3	96	2
Sucre	1	98	0
Tarija	4	96	
Yacuiba	3	97	
Oruro	2	98	
Trinidad	7	93	0
Riberalta	6	94	
Guayaramerín	3	97	0
Cobija	5	95	0
Potosí	3	96	1
<b>Sexo</b>			
Hombre	2	98	0
Mujer	4	95	0
<b>Edad</b>			
10-12	1	99	0
13-14	2	98	0
15-19	4	96	0
20-24	5	95	0
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>97</b>	<b>0</b>

Fuente: Encuesta Nacional de la Adolescencia y Juventud 2008.

La violencia sexual afecta más a mujeres que hombres. Un mayor número de mujeres adolescentes y jóvenes fue víctima de violencia sexual (4%), respecto a hombres (2%). El porcentaje de víctimas se incrementa paulatinamente con la edad, de manera que se aprecia

una mayor incidencia de víctimas en el grupo de 20 a 24 años de edad.

La violencia física y psicológica, al igual que la agresión, atentan contra los derechos sexuales y reproductivos de los/as adolescentes y jóvenes.

**TABLA 17**
**Población adolescente y joven según tipo de agresión recibida**

Descripción	Agresión verbal	Encierro	Indiferencia	Presión por notas	No fue agredido/a	Otro
<b>Ciudad</b>						
La Paz	40	3	9	10	36	2
El Alto	50	3	5	9	33	1
Santa Cruz	27	2	2	6	63	1
Montero	27	1	1	4	68	1
Cochabamba	42	4	5	8	40	1
Colcapirhua	55	3	4	13	23	2
Sacaba	44	1	0	4	50	1
Quillacollo	50	2	5	6	35	1
Sucre	47	1	4	5	41	2
Tarija	37	2	7	12	41	1
Yacuiba	39	2	3	10	45	1
Oruro	43	2	3	3	49	0
Trinidad	45	2	3	10	34	7
Riberalta	30	2	4	6	54	4
Guayaramerín	36	2	3	3	51	5
Cobija	39	5	5	7	41	3
Potosí	47	0	4	8	39	1
<b>Sexo</b>						
Hombre	39	2	4	8	45	1
Mujer	39	2	5	7	45	1
<b>Edad</b>						
10-12	35	1	2	7	52	2
13-14	36	2	2	8	51	1
15-19	40	3	6	8	43	1
20-24	42	3	6	6	42	1
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>45</b>	<b>1</b>

Fuente: Encuesta Nacional de la Adolescencia y Juventud 2008.

La violencia física y psicológica a los/las adolescentes y jóvenes se ejerce fundamentalmente en el hogar, por lo padres (24%) y los hermanos (5%). Las mujeres sufren mayor agresión física en el hogar, en tanto que los hombres son agre-

didados por los amigos, que puede ser en forma de peleas por diversos motivos.

Entre las agresiones que reciben los adolescentes y jóvenes la verbal es la de mayor incidencia

(39%) y las presiones por calificaciones también son consideradas como una forma de agresión. A medida que los rangos de edad son mayores, los adolescentes manifiestan que son agredidos con mayor frecuencia.

Considerando la presión por las notas como un aspecto relevantes de agresión psicológica, se identifica que en Colcapirhua (13%), Tarija (12%), La Paz (10%), Yacuiba (10%) y Trinidad (10%) hay mayor presión por las notas.

Reforzando las afirmaciones sobre quién ejerce violencia sexual, se observa claramente que el hogar es el principal centro donde se ejerce violencia física o psicológica entre los adolescentes y jóvenes (44%), seguido por el barrio (32%), dado que ambos casos son los lugares naturales de convivencia.

Por otro lado es importante observar que la actitud principal ante una agresión es responder de la misma forma (42%), aunque el (34%) manifiesta que no hace nada y un 21% manifiesta que denunció la agresión.

Un aspecto adicional a considerar en relación a la violencia y vulneración de derechos que sufren adolescentes y jóvenes tiene que ver con los cambios y reconfiguraciones familiares derivados de procesos de emigración de las madres y/o los padres, y la permanencia de los/as hijos con familiares u otras personas sin parentesco que quedan a su cuidado. Este aspecto fue estudiado por Ferrufino et al. (2007) para el caso de Cochabamba, concluyendo que: “La vulneración de derechos que sufren los hijos e hijas de emigrantes por sus progenitores y familiares los deja en casi total indefensión... El maltrato y la violencia son la causa más frecuente de violación de derechos”.

## ♦ Asistencia a servicios de salud

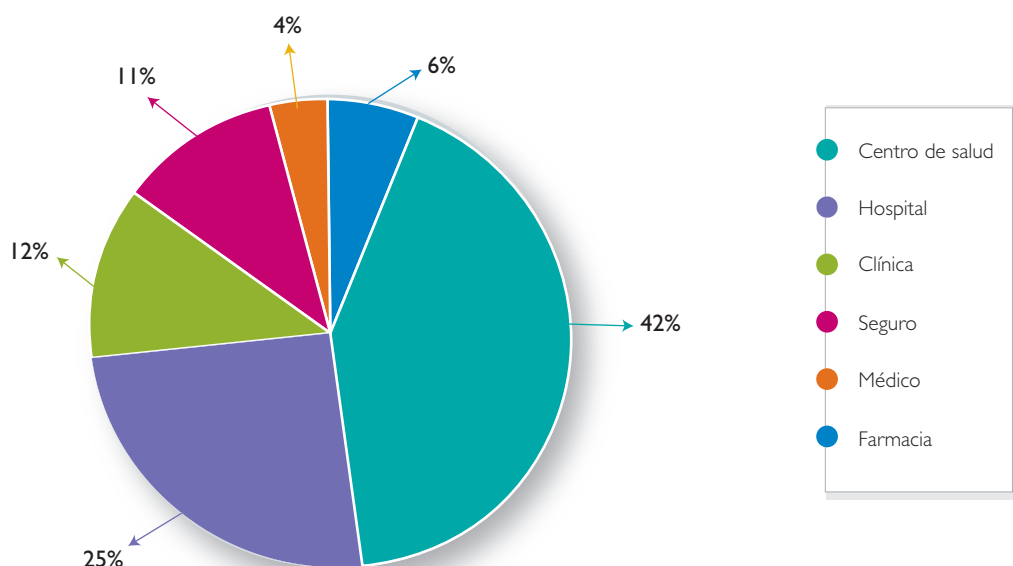
El Diagnóstico Nacional sobre la situación económica laboral de adolescentes y jóvenes (GTZ 2006), de alcance nacional, reporta que la atención recibida por adolescentes y jóvenes que se enfermaron fue en primer lugar de parte de un familiar (34%), y en segundo lugar por un médico (31%), mientras que un 20% no recibió ninguna atención. En el área urbana, 87 de cada 100 adolescentes utilizaron un servicio de salud para dar a luz.

Por otro lado, según el estudio realizado en La Paz, El Alto y Santa Cruz por el UNFPA sobre *Expectativas y Demandas de Servicios de Salud de los y las Adolescentes (2008)*, “cerca de la mitad de los/as adolescentes no recurrieron a un servicio de salud en los últimos 12 meses”. Asimismo, identifica la existencia de “una proporción importante de no usuarios/as de servicios de salud, que necesitan atención o consulta, ellos expresan estar concientes de su vulnerabilidad y en sus relatos se puede identificar situaciones de riesgo, problemas de salud o necesidades insatisfechas de información y servicios en salud sexual y reproductiva, sin embargo no asisten a los servicios”. Este mismo estudio identifica un alto grado de automedicación, en adición a las estrategias con el entorno más cercano (*familia, amigos/as, vecino/as*).

Por otro lado, según la ENAJ, el 66% de los/as adolescentes y jóvenes fueron atendidos por establecimientos de salud públicos. Un 50% manifestó estar satisfecho con la atención recibida, observándose alta heterogeneidad al respecto en las distintas ciudades, lo que no permite conclusiones sobre un patrón regional. De manera general, también asisten más las mujeres que los hombres.

GRÁFICO 13

## Lugar donde atendió su salud



Fuente Encuesta Nacional de Adolescentes y Juventudes - 2008.

La mayoría de los/as adolescentes y jóvenes no tienen seguro de salud ni están afiliados, en un contexto en el que “menos del 50% de los trabajadores asalariados percibe beneficios de salud y seguridad social” (GTZ 2006).

Según el estudio del UNFPA antes mencionado (2008), las principales barreras o limitantes para el uso de los servicios de salud son:

- Personales: sentimiento de invulnerabilidad, vergüenza y timidez.
- Familiares: falta de tiempo de los padres y madres, poco apoyo familiar y malas experiencias y malas experiencias en servicios de salud de familiares.
- Institucionales: no hay espacios diferenciados de atención, falta de confidencialidad, costo de las recetas y calidad de la atención.

Respecto a estas últimas, el mismo estudio resalta barreras referidas a la calidad y capacidad técnica del personal, la cultura organizacional, las condiciones e infraestructura, y el trato: “Se observó que en la consulta en el servicio de salud había poca confidencialidad con los jóvenes que accedían a los establecimientos, así como un trato muy formal y burocrático en la atención. La privacidad, un elemento crucial que atraviesa lo público y lo privado, es una limitante especialmente en la sala de espera” (UNFPA 2008). También se alude a “falta de sensibilidad frente a la situación que el paciente advierte y/o percibe



como emergencia, lo cual consideran mal trato e incluso mencionan, que no les daban mucha importancia, es decir, sentían que no estaban siendo atendidos de acuerdo a la gravedad de su problema de salud” (UNFPA 2008).

Un estudio realizado en la ciudad de Potosí (Tapia et al. 2006), el personal de salud también asocia las limitantes a los procesos migratorios campo-ciudad: “El personal de salud también considera la procedencia rural de los jóvenes como un elemento que limita su asistencia al sistema de salud institucionalizado, ya sea por sus costumbres de origen campesino o por el poco o ningún contacto que han tenido con el sistema biomédico”.

### ◆ Planes y programas

De acuerdo a lo mencionado por Donas (2001) en “Adolescencia y Juventud en América Latina”, “si bien la mayoría de los países de América Latina cuentan con programas oficiales de salud integral del adolescente, estos son aún de muy baja cobertura. Esto significa que el porcentaje de adolescentes y jóvenes que llegan a un ser-

vicio de salud es muy bajo y la gran mayoría de las veces por razones de enfermedad y situaciones vinculadas con el área de la reproducción en las mujeres adolescentes y jóvenes y emergencias (*lesiones por accidentes, intentos de suicidio, parto o complicaciones del embarazo*)”.

De manera general, la debilidad de las pocas políticas, los planes y programas dirigidos a los/as adolescentes y jóvenes, en particular en lo que refiere a su salud, parten ya con limitadas posibilidades de éxito por las siguientes razones:

- a) La **discontinuidad** de las políticas, vinculada a una **frágil institucionalidad**.
- b) **Ausencia de una visión política** sobre las desigualdades y la discriminación generacional.
- c) Su limitación a una **“agenda sectorial” (o agendas sectoriales desconectadas)**, sin una visión estratégica que comprometiera a todo el Estado y sus sectores.



# PINCELADAS SOBRE INICIATIVAS Y RESPUESTAS DESDE EL ESTADO CIVIL

Este capítulo tiene como propósito, brindar un breve panorama o más bien reflexión, sobre la “oferta” o “respuesta” estatal, desde la sociedad civil y desde la cooperación internacional, a las necesidades, problemas y expectativas de las y los adolescentes indígenas, que hemos podido “desempeñar” en alguna medida, pese a los grandes déficits y problemas de información cualitativa y cuantitativa reiterados, que se traducen en una imagen algo borrosa, muy deductiva, de las realidades de los y las adolescentes indígenas, que a su vez reflejan grandes diferencias y disparidades. De alguna manera este capítulo también recoge y sintetiza algunos de los temas tratados a lo largo de las páginas precedentes. – Con este objetivo organizamos el capítulo en cuatro “dimensiones” de la oferta: a) conocimiento e información; b) planes, programas y proyectos; c) servicios; e) Información, Educación y Comunicación (IEC).

## ♦ Conocimiento e información

Como señalan Schutt-Aine y Maddaleno (2003), “se sabe poco sobre la sexualidad sana de adolescentes dentro de su ambiente cultural”. Esta

afirmación de alguna manera resume el estado del arte respecto al conocimiento de las realidades de adolescentes y jóvenes indígenas, incluyendo su situación de salud. Por ende, este capítulo se apropia de algunas iniciativas e ideas para marcar las rutas, posibles y complementarias, por las cuales debería transitar la producción de datos y conocimientos sobre adolescentes y jóvenes indígenas, en la perspectiva de diseñar e implementar políticas, planes y programas que respondan asertiva, pertinente y eficientemente.

Como hemos constatado a lo largo de este estudio, los problemas se inician con la información estadística disponible, la utilización de diversas categorías etáreas (*incluso en un mismo estudio o institución*) para designar a “adolescentes” y “jóvenes” y la inexistencia de información que combine edad, pertenencia étnica y sexo. Es más, la sola desagregación de datos por edad no siempre está disponible, como lo hemos visto por ejemplo para el tema de los datos de malaria, Chagas y tuberculosis. Es interesante analizar bajo qué criterios se define si es relevante o no desagregar la información por edad, sexo y/o pertenencia étnica. Es también intere-

sante anotar que cuando se desagrega por “indígena” vs. “no indígena”, en general no se consideran las diferencias y particularidades de algunos grupos al interior de un aparente homogéneo “indígena”. En todo caso, el tratamiento de la información, su grado y forma de desagregación, deberían obedecer a una política y no a personas y coyunturas.

Del otro lado, la información estadística debe ser complementada con información cualitativa, que permita comprender y explicar el significado de los datos en su contexto cultural, social y económico específico, de manera tal que la situación, necesidades y problemas no se interpreten, analicen y utilicen ni desde la lógica occidental, ni desde la adultista. En ese sentido, se requieren también investigaciones en profundidad de carácter antropológico y sociológico, que den respuesta a las múltiples preguntas sobre el ser y hacer como adolescentes y jóvenes indígenas, en los contextos indígenas tanto rurales como urbanos, tomando en cuenta además el carácter dinámico de la cultura. – En este ámbito se puede señalar la *“Evaluación participativa de necesidades en salud sexual y reproductiva con poblaciones jóvenes del departamento del Beni”*, realizada por Family Care Internacional, CIES y el Sedes Beni (s/f).

También se pueden señalar algunas iniciativas que aunque no focalizadas en la temática de “adolescencia y juventud indígena” y su salud, han desarrollado conocimientos cualitativos sobre realidades indígenas rurales y también urbanas, que abordan aspectos relevantes para este subgrupo etéreo, sus relaciones intra- e interétnicas, intergeneracionales, entre géneros (ej. UNFPA, FCI, *Coordinadora de la Mujer*, Centro Juana Azurduy, Ramírez, entre otros).

Las sistematizaciones de proyectos (ej. *Population Concern 2003*) contribuyen también de manera sustancial a la generación de conocimientos desde la experiencia y práctica concretas, transformando conocimiento tácito en conocimiento explícito transmisible y asequible para la toma de decisiones estratégicas. El diseño de programas y proyectos debería contemplar tiempos y recursos para capitalizar la experiencia y poder utilizarla como insumo de política pública.

Los estudios más amplios de una temática, los análisis comparativos y la combinación cuali-cuanti, también resultan interesantes (ej. *Situación sobre el Embarazo en la Adolescencia en la Subregión Andina*, de Salinas y Castro 2009), porque ayudan a comprender y evaluar una situación en relación a otras similares.

Finalmente, están los espacios de diálogo entre diferentes – intergeneracionales, interétnicos, urbano-rurales– como espacios de intercambio, aprendizaje y construcción de conocimientos, que pueden estar insertos y ser parte de las dinámicas mismas de las distintas iniciativas.

Todo lo anterior sin duda requiere de alianzas con distintos actores y sectores, como la academia, las ONG y la cooperación internacional, a fin de priorizar la investigación, en los marcos antes descritos. Se necesitan personas y profesionales formados como investigadores/as, pero también es muy valioso pensar en investigaciones participativas, que involucren a los/as mismos actores como investigadores/as, desarrollando desde la práctica sus capacidades investigativas, su reflexividad y su potencial de acción y transformación. El Colectivo Rebeldía de Santa Cruz ha desarrollado algunas experiencias en esta línea con la Organización Indígena Chiquitana (OICH), y la Evaluación Participativa de Necesidades (EPN) realizada en el Beni por FCI también destaca por su carácter participativo.

## ◆ Planes, programas y proyectos

Por una parte, como enfatiza Carmen Solíz, la concreción del Estado y sus políticas dista mucho de ser homogénea y de ser la misma en todos los lugares y para todas las personas: "...partimos de la idea de que la administración estatal presenta múltiples y diversos rostros, dependiendo de los distintos niveles, jerarquías y, principalmente, concreciones espaciales. Por ello, no es posible pensar en políticas públicas de protección de niñas y adolescentes sin antes tomar conciencia de esta diversidad espacial y territorial" (Solíz 2006). – En ese marco, los Planes Nacionales dirigidos desde distintos sectores a los/as adolescentes y jóvenes, requieren mecanismos que garanticen que su concreción se realice por un lado observando su adecuación contextual y, por el otro, asegurando la prevalencia de los principios y elementos clave de su diseño.

Muchos de esos planes suponen acciones concurrentes y enfoques transversales para su concreción. Sin embargo, las desarticulaciones y fragmentaciones institucionales con los niveles subnacionales prefecturales y municipales, originadas en discrepancias políticas pero también y simplemente en débiles capacidades, no permiten cumplir con estos cometidos, por lo que en la realidad las políticas se implementan de alguna manera "al azar", con débiles sistemas de monitoreo y evaluación. Ahora, el problema es incluso más de origen, en la medida en que los distintos sectores gubernamentales no tienen las capacidades ni invierten esfuerzos conjuntos en planear propuestas coherentes, e idealmente complementarias y sinérgicas. Hemos analizado las distintas normativas y políticas que atañen a la salud de los/as adolescentes indígenas, y desde ya podemos concluir que si bien en el plano discursivo general pueden coincidir, los enfoques, principios, estrategias, políticas "van cada una por su lado". Ni siquiera se utilizan las mismas cate-

gorías étareas; como alerta Morlachetti, "esta vaguedad y variación en la determinación de las edades puede influir y, en muchos casos, traducirse en superposición de políticas y programas, escasa coordinación, debilidad institucional y presupuestaria y falta de atención específica" (s/f).

Algunas veces la cooperación internacional tiene que ver en esto, en la medida en que las distintas agencias se orientan por tendencias y enfoques dominantes, y focalizan su apoyo a un plan o política, sin una mirada sistémica e integral. De hecho, al igual que otros temas como el género erróneamente considerados "secundarios" frente a desafíos macro de reducción de la pobreza, las inequidades y el crecimiento económico, los temas de adolescencia y juventud no han logrado generar el suficiente apoyo financiero del Tesoro General de la Nación, siendo fuertemente dependientes de financiamiento externo, lo que los hace también altamente vulnerables y poco sostenibles.

Como menciona la Encuesta de Juventudes (2009) "Las diferentes iniciativas...se han operativizado en la ejecución de algunos programas y proyectos dirigidos a las y los adolescentes y jóvenes. Los que actualmente se encuentran funcionando son aquellos que tienen financiamiento externo o privado. En la sociedad civil, las ONGs son las que tienen una presencia más activa en la atención a los adolescentes y jóvenes; sin embargo... se puede constatar que tales esfuerzos están concentrados en las ciudades del eje... sobre todo en las capitales (VIO y UNFPA 2009).

Las consultas departamentales realizadas a los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) de Santa Cruz y Cochabamba corroboran esta afirmación respecto a la inexistente o escasa llegada estatal a las poblaciones indígenas rurales más marginadas. En esa línea también, como conclusión de un proyecto ejecutado por distintas ONGs en torno al tema del VIH / SIDA, "se informa que en el área rural no existe ningún tra-

bajo en prevención sobre ITS /VIH / SIDA en las comunidades indígenas, lo que constituye un riesgo para estas poblaciones por la alta migración de los varones y por los campamentos de trabajadores. Esta situación es una alerta para las autoridades del Ministerio de Salud, a través del Programa Nacional de ITS /VIH / SIDA, quienes deben tomar conocimiento de la importancia de la prevención para evitar la propagación de estas enfermedades” (*Care Internacional Bolivia 2008*).

Por otro lado, es importante considerar el enfoque fragmentado y el concepto restringido que orienta la mayor parte de las políticas dirigidas a adolescentes y jóvenes en la región en el ámbito de la salud, que no expresa en plenitud un enfoque de derechos, una visión integral de la salud, un abordaje culturalmente pertinente, un enfoque de género, ni reconoce expresamente a los/as adolescentes y jóvenes como actores: “La mayoría de los programas de jóvenes en la Región se centran en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes o en la salud reproductiva de los jóvenes adultos. Sin embargo, se pone un mayor énfasis en la salud reproductiva, y la mayoría de las metas y objetivos de los programas se centran en reducir el embarazo adolescente y en prevenir el VIH / ITS entre los jóvenes” (*Schutt-Aine y Maddaleno 2003*). A nivel comunitario y familiar también, como destaca una investigación sobre salud sexual y reproductiva en pueblos indígenas de Bolivia, se observó que casi todas las recomendaciones a los/as adolescentes están dirigidas a evitar un embarazo o evitar una infección de transmisión sexual (ITS) (*UNFPA/FCI 2008*). No obstante, estos consejos enfatizan más la sanción que la prevención.

Las mismas autoras Schutt-Aine y Maddaleno (2003), señalan que “América Latina ha sido pionera en el desarrollo de políticas, planes, programas y servicios para adolescentes en la

Región. Sin embargo, muchos de los programas que existen actualmente se adhieren al concepto de prevención de enfermedades y se centran en un comportamiento muy específico, como VIH, prevención de embarazo y promoción de la abstinencia. Los programas y políticas tradicionales han sido de naturaleza curativa y con frecuencia han definido el éxito como la ausencia de problemas, en lugar de como un desarrollo saludable. Dichos programas y servicios son verticales en su enfoque y no integran los conceptos de familia, cultura, valores y el contexto global en el que ocurre el comportamiento”. Esta situación señala que los logros no son acumulativos, que los avances no siempre son sostenibles, que la suma no es sinónimo de integralidad, y que la clave radica en procesos institucionalizados, sostenibles, de largo aliento, que no respondan funcionalmente a metas e indicadores, sino que promuevan cambios profundos en las relaciones, situaciones y posiciones de los/as más vulnerables y excluidos.

Amerita un comentario específico a la débil transversalización del enfoque de género en los planes y programas dirigidos a adolescentes y jóvenes, ignorando las necesidades particulares que emanan de las brechas de género, y sin alcanzar a problematizar las relaciones de poder.

Para cerrar, la única conclusión concreta y específica en esta sección respecto a adolescentes y jóvenes indígenas que podemos extraer, es que no existe una política, plan o programa dirigido o que contemple de manera precisa y particular, a este grupo poblacional, con sus diversidades, necesidades, problemas y expectativas. Como beneficiario de políticas, el grupo no existe, como actor, desde luego, tampoco. Algunas ONGs desarrollan ciertas acciones o proyectos (ej. *Plan, CISTAC*) con adolescentes y jóvenes rurales, muchas veces articuladas a enfoques de desarrollo municipal, pero son acciones que sin desmerecer su potencial innovador

y de validación metodológica, tienen un muy restringidas posibilidades de sostenibilidad de los procesos y los resultados. Esto también en vista de la debilidad institucional y de capacidades que rodea a las intervenciones, y que no puede actuar como barrera de “contención” una vez finalizada la acción institucional.

## ♦ Servicios

Como ya se ha señalado previamente, algunos de los problemas que enfrentan los/as adolescentes y jóvenes indígenas son similares a los que señalan otros/as adolescentes y jóvenes considerados “no indígenas”. Sin embargo, en el caso de adolescentes y jóvenes indígenas rurales, el problema sustancial o básico tiene que ver con la existencia, localización y accesibilidad de los servicios. En ese sentido, según el informe sobre niños, niñas y adolescentes del 2006 (PNUD), “el mapa de localización de establecimientos de salud y educación a nivel municipal muestra claramente acciones concentradas alrededor del eje, revelando una clara ausencia del Estado en ciertos municipios. Algo similar sucede con la presencia de organismos no gubernamentales, concentrados en los municipios más pobres”. Según el mismo informe, en general se registran ejemplos de “fragmentación de la atención de los niños, niñas y adolescentes”, siendo un ejemplo “la existencia de 4.060 servicios distribuidos en 400 programas con presencia en 17 municipios del país concentrados en áreas urbanas y zonas metropolitanas” (PNUD 2006).

Cabe resaltar, empero, que la situación de limitada accesibilidad no se limita al área rural. Así, por ejemplo, el Diagnóstico Participativo en Salud para los Centros de Salud Comunitarios, realizado en tres unidades vecinales en las que habitan mayoritariamente migrantes del área rural, señala que “según información recolectada de los vecinos, algunos usan los servicios de salud disponibles en el propio Distrito V de

Salud, tanto estatales... como de la iglesia católica... Otros acuden a servicios de salud estatales fuera del distrito... Muy pocos recurren a servicios privados, y otros pobladores no acuden a los servicios de salud: por la distancia, por los costos, por las deficiencias en la calidad de atención, y en general, por la ausencia de servicios de salud estatales accesibles”.

De acuerdo a la información que tiene la ENAJ 2008, dos tercios de las atenciones de salud para adolescentes y jóvenes se realizan en establecimientos públicos. Esta afirmación señala el grado de dependencia grande de los/as adolescentes y jóvenes respecto al Estado para atender su salud, pero no permite dimensionar realmente la relación entre la demanda, la demanda satisfecha y la demanda insatisfecha.

A manera de señalar algunos enfoques y experiencias acertadas, resulta importante resaltar la importancia de un abordaje sistémico y multiactorial. Las redes de servicios contra la violencia, por ejemplo, son una buena práctica en la medida en que fomentan acciones interconectadas, sinérgicas, eficientes y, ante todo, la capacidad resolutoria. Su talón de Aquiles está, a la vez, en su fortaleza, pues a en la medida en que son sistémicas e interdependientes, el que falle una de las piezas puedes conducir al desmoronamiento de todo el sistema. También existen evidencias suficientes para señalar que esto no es mera especulación, pero en todo caso es un avance estratégico y operativo.

El enfoque integrado y de múltiples actores también se aplica a otros actores en la comunidad, la familia, las organizaciones tradicionales, etc. Es fundamental que el trabajo y los servicios para adolescentes no estén al margen de su realidad o el entorno. Sin embargo, también es importante no perder la perspectiva política y estratégica de lo que se quiere lograr y cambiar, al calor de una amplia participación; con esto que-remos aclarar que el trabajo con adolescentes y

jóvenes en general “va contra la corriente” y atenta contra el orden adultista, étnico y de género establecidos. Por ende, se pueden esperar resistencias y oposiciones, que encuentren cabida y logren distorsionar la iniciativa a través de una amplia participación, que no se enmarque en principios, acuerdos y objetivos compartidos.

Asimismo, nos parece importante promover que jóvenes indígenas irruman en escenarios municipales y comunitarios como ejercicio de ciudadanía plena, para participar en la toma de decisiones, buscando la construcción de alianzas para asumir responsabilidades de gestión y elaboración de políticas públicas sectoriales y programas que se basen en el empoderamiento y búsqueda de escenarios colectivos de discusión, aprendizaje y reflexión alternativa en torno a la SSR.

Con relación al carácter intercultural de los servicios, éste nos parece fundamental en el caso de los/as adolescentes indígenas, que cabalgan entre dos mundos. La interculturalidad en los servicios de salud implica que existen espacios de diálogo y construcción conjunta, pero no suple ninguna de las necesidades ni condiciones básicas para todo servicio, incluyendo la calidad de la atención y, fundamentalmente, la capacidad resolutive. – Considerando que los pueblos indígenas manejan generalmente un sistema de salud múltiple, en el que coexisten y utilizan distintos sistemas de salud, cabe mencionar que el Sistema Plurinacional de Certificación de Competencias ya ha certificado 46 “amautas (*consejeros espirituales*)”.



## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### ♦ Síntesis de los hallazgos

1. La invisibilidad estadística y de conocimiento, de los/as adolescentes y jóvenes indígenas y de su diversidad, se traduce en una imagen algo borrosa, muy deductiva, de las realidades de los y las adolescentes indígenas, que a su vez reflejan grandes diferencias y disparidades.
2. Existe una concepción homogénea, rural, de quiénes son adolescentes y jóvenes indígenas. Por otro lado, en el área urbana más de la mitad de la población adolescente y joven no se identifica con ningún pueblo indígena, y cada vez menos adolescentes y jóvenes hablan su idioma materno.
3. La tasa de pobreza de los grupos indígenas es mucho mayor que la de los grupos no indígenas. En el área rural sólo el 10,05% de los/as adolescentes son considerados no pobres. La PEA indígena en el grupo entre los 15 y 24 años asciende a un 49,6%, mientras que entre “no indígenas” el porcentaje para el mismo grupo etéreo es de 49,0%. El empleo de adolescentes y jóvenes indígenas se caracteriza por ser familiar, informal, no remunerado o mal remunerado, y altamente inestable. Mientras que los hombres indígenas en el área urbana tienen 9,5 años de promedio de escolaridad, en el área rural son 4,9 años, y para las mujeres indígenas rurales son 2,8 años vs. 7,2 para las urbanas.
4. La migración de los/as indígenas, y particularmente las mujeres, constituye uno de los fenómenos más importantes en la actualidad, y está motivada principalmente por la búsqueda de empleo y, en segundo lugar, de oportunidades educativas.
5. La discriminación étnica es una de las principales causas de inequidad y exclusión en salud: después del analfabetismo femenino (18,1% de incidencia) y la pobreza (10,6% de incidencia), la dimensión étnica se constituye en la tercera variable con un peso relativo del 9,3% en el Índice de Exclusión de Salud. – Uno de los aspectos que incide desfavorablemente en la visibilización de la magnitud del problema y su adecuada atención, es la inexistencia de datos desagregados por pertenencia étnica o CEL, y por edad, como es el caso para la malaria, Chagas y tuberculosis, que se concentran en áreas de predominancia indígena.



6. Más allá de las formas particulares en las que se expresa, el género como construcción social y cultural se traduce a través de los distintos grupos y contextos en relaciones de dominación, discriminación, exclusión, no ejercicio de derechos y desiguales oportunidades para las mujeres. Esta posición de desventaja de las mujeres en la sociedad y en las relaciones en el ámbito privado, constituye un factor clave para entender las dinámicas subjetivas relacionadas al embarazo de adolescentes, incluida la comprensión del riesgo. Las normativas socioculturales que rigen los comportamientos de los/as adolescentes refuerzan las diferencias y las inequidades de género.
7. La sexualidad tanto en sus valoraciones como en su ejercicio, está determinada por normativas culturales, incluyendo los conceptos culturales de masculinidad y feminidad, y la alta valoración de la fertilidad y maternidad. Sin embargo, es importante resaltar que la migración, el trabajo, la educación y otros agentes socioeconómicos inciden en el cambio de estas pautas culturales.
8. Las políticas públicas de salud indígena se reconocen como vulnerables, por su inestabilidad, la debilidad y bajo rango de la institucionalidad correspondiente, las dificultades para traducirlas en políticas interculturales, y la falta de reconocimiento de las poblaciones indígenas en los espacios urbanos. Asimismo, subyace una visión homogeneizante de los pueblos indígenas, que no reconoce las necesidades particulares de subgrupos/subculturas de mayor vulnerabilidad, entre los que se encuentran los/as adolescentes y jóvenes indígenas.
9. Los servicios en general presentan importantes avances en cobertura, aunque insuficientes para muchas poblaciones indígenas; permanece como problema crítico la calidad, asociada a deficiencias en la capacidad resolutoria y competencia técnica.
10. Los/as adolescentes y jóvenes presentan necesidades de salud insatisfechas relacionadas a aspectos nutricionales, psicosociales, problemas de piel, entre otros, y en el área de salud sexual y salud reproductiva les falta acceso a educación para la sexualidad, atención diferenciada, información sobre su salud. Están expuestos a riesgos relacionados con el inicio de la actividad sexual a temprana edad, violencia, ITS /VIH y SIDA, embarazos no deseados, abortos y otros. – Existen grandes disparidades entre departamentos, con mayor atraso y vulnerabilidad en los que presentan mayor población indígena.
11. Entre los problemas de salud priorizados por los/as adolescentes y jóvenes están, además de los de la SSR, los asociados al alcoholismo, drogadicción y violencia, que reflejan estilos de vida y comportamientos de riesgo, que a su vez afectan otras dimensiones de la salud.
12. Se constata una situación de desigualdad de género, pertenencia étnica y residencia, respecto a conocimientos sobre temas de SSR en las zonas rurales, donde las diferencias se ahondan más entre la capital del municipio y las comunidades del área rural. Por ejemplo, en términos de prevención del embarazo y las ITS: Mientras el 70% de la población masculina no indígena conoce el método, tan sólo el 29% de las mujeres indígenas lo conoce.
13. Existe en general una baja utilización de métodos anticonceptivos modernos, a pesar de que la demanda insatisfecha disminuyó en general, exceptuando el rango etáreo de 15 a 19 años. De cada 100 mujeres adolescentes, 14 ya son madres o están embarazadas por primera vez, y a partir de los 19

años la cifra se eleva a 30 de cada 100 mujeres; 32% de las madres jóvenes son madres solteras. A pesar de que la maternidad temprana no necesariamente tiene que ver con un embarazo no deseado, y que existen contextos culturales en los que la maternidad adolescente es bien vista y no representa o se vive como una ruptura del proyecto de vida, sin lugar a dudas el embarazo en la adolescencia en un alto porcentaje genera situaciones que incrementan la exclusión, la vulnerabilidad y las desigualdades, particularmente para las mujeres. Y en su caso más extremo, el embarazo en la adolescencia genera muerte materna (13,5% como tasa de mortalidad materna en mujeres entre los 15 y 19 años).

14. El VIH / SIDA presenta alta incidencia y mayor crecimiento en poblaciones adolescentes y jóvenes. Casos aislados hacen sospechar de expansión de la epidemia en el área rural. Según Population Concern (2003), "el VIH / SIDA es la enfermedad de transmisión sexual más conocida por jóvenes rurales; sin embargo, las manifestaciones de dicha enfermedad la vinculan con los síntomas de cualquier otra ITS".
15. Alta incidencia de violencia física y psicológica vivida por adolescentes y jóvenes en sus hogares, ejercida mayoritariamente por padres, madres y otros familiares. Cambios y reconfiguraciones familiares derivados de procesos de emigración de las madres y/o los padres, y la permanencia de los/as hijos con familiares u otras personas sin parentesco que quedan a su cuidado, inciden negativamente en las tasas de violencia.
16. En general, baja cobertura de programas para adolescentes y jóvenes. En los hogares y el sistema de salud se subestiman los eventos de enfermedad de adolescentes y jóvenes, lo que lleva a que las enfermedades

sean atendidas cuando tienen un grado de severidad que, además de mayor riesgo y vulnerabilidad, implica incurrir en gastos adicionales. Porcentaje importante de adolescentes y jóvenes, incluso en áreas urbanas, que no asisten a centros de salud, aunque tienen necesidades insatisfechas, pero son atendidos/as por familiares y/o se autome-dican. Asisten a los servicios más las mujeres que los hombres. Asimismo, actúan como barreras de acceso a los servicios debi-lidades identificadas por adolescentes y jóvenes respecto a la calidad y capacidad técnica del personal, la cultura organizacional, las condiciones y la infraestructura, y el trato otorgado. La familia y el apoyo de padres y madres tienen mucha influencia en la atención oportuna de la salud de adolescentes y jóvenes, el acceso a servicios y el cuidado preventivo.

## ♦ Conclusiones generales

La coyuntura política actual, enmarcada en la Nueva Constitución Política del Estado, así como los compromisos internacionales asumidos por el Estado Boliviano, presentan una oportunidad histórica para revertir la exclusión social y las desigualdades internas de orden colonial. Desde la investigación realizada, se constata que la "irrupción de lo indígena" se ha dado en el escenario nacional "global", como un todo y sin atender las diferencias, particularidades (subculturas) y desigualdades de género, generacionales, existentes en su interior, que constituyen a su vez las múltiples formas de "ser indígena" en Bolivia. La información mayoritaria – cuando existe y está disponible- en general se centra en la diferenciación "indígenas" y "no indígenas", planteando una visión dicotómica de la realidad que está lejos de reflejar las complejas identidades y realidades que hacen a la plurinacionalidad boliviana. Por el otro lado, se considera que existe el riesgo subyacente de pensar que las reivindi-

caciones sociales y étnicas son prioritarias, y que la descolonización y el logro de la equidad e igualdad de oportunidades en esas dimensiones, producirán automáticamente efectos positivos sobre las brechas generacionales y de género. Tanto desde la teoría como desde la experiencia concreta, se ha podido constatar, empero, que la reversión de las desigualdades y exclusiones múltiples requiere ser abordada simultánea, multifacética e integralmente.

Los datos confirman la necesidad de desarrollar medidas diferenciadas, de acción afirmativa, a la vez que enfoques transversales y acciones concurrentes, que permitan atender con carácter de urgencia las necesidades, problemas y expectativas de salud de los/as adolescentes y jóvenes indígenas, desde un enfoque holístico que posibilite transitar de una doble hasta triple vulnerabilidad (por pertenencia étnica, edad y género), hacia su empoderamiento como sujetos/as de derechos y actores de su salud. En ese marco hay dos aspectos importantes a tomar en cuenta; en primer lugar, que las políticas se implementan en contextos específicos, de situaciones y relaciones que resignifican la política y, a su vez, le otorgan sentido en cada entorno particular. Esto alude a la necesidad de fortalecer los vínculos no sólo intersectoriales sino verticales del Estado, desarrollar la institucionalidad, y generar propuestas articuladas con los niveles descentralizados, en el marco de la nueva arquitectura territorial de Bolivia. A su vez se plantea el desafío de abordar la diversidad del ser adolescente y joven indígena en el momento actual, que sin duda no se limita a la imagen estereotipada del adolescente/joven rural, pues irrumpe en el espacio urbano, incluso internacional, y no se abstrae de las dinámicas sociales y económicas que complejizan las identidades y las opciones de vida.

Por otro lado, las exploraciones realizadas en el marco de este estudio también han permitido

identificar otras preguntas y vetas de investigación y análisis relacionadas con la temática, como la discusión en torno al concepto de “adolescentes”, inexistente en varios grupos culturales indígenas; el debate sobre si el abordaje debe ser de “jóvenes rurales” o “jóvenes indígenas”; el caso ya citado de los/as adolescentes y jóvenes indígenas urbanos; y el abordaje desde las culturas juveniles vs. la priorización de la dimensión étnica, que se relaciona particularmente con la dimensión indígena urbana.

No podemos concluir sin mencionar algunas de las contradicciones y amenazas que hacen también parte de este momento histórico y de corrientes que lindan en aproximaciones étnico-culturales fundamentalistas. En ese marco cabe mencionar el argumento de negación que muchas veces se plantea contra los DSR al privilegiar los derechos colectivos; ello asociado a una sobrevaloración (“respeto”) de lo cultural como incondicional, puro, inalterable, por encima de los derechos de los/as sujetos, en particular las mujeres; los mensajes contradictorios respecto al derecho a decidir sobre cuántos hijos/as tener y cuándo, vs. el ideal mayor de poblar este país, que a su vez se encuentra representado de alguna manera en políticas que tienen que ver con distribución de recursos en función al número de habitantes de un territorio; y finalmente el chachawarmi, como modelo de complementariedad femenino-masculino, que empero no representa necesariamente la equidad e invisibiliza las demandas específicas de las mujeres.

En perspectiva de todo lo anterior, se aventuran algunas recomendaciones, organizadas en torno a temas, enfoques y principios clave, que permitan dar continuidad y efectivizar medidas a favor de la salud y el bienestar general de los y las adolescentes y jóvenes indígenas del país. Estas parten del supuesto de la “voluntad política” y

del supuesto “letal” respecto a existencia y accesibilidad de servicios de salud esenciales para los/as adolescentes y jóvenes indígenas, particularmente en las áreas rurales.

## ♦ Recomendaciones

1. **Conocimiento:** Se requiere generar datos estadísticos periódicos, así como investigación cualitativa, que de cuenta de quiénes son, dónde están, y cómo están los/as adolescentes y jóvenes indígenas. Esto en coherencia también con los diversos convenios y compromisos internacionales suscritos por el Estado boliviano, sobre los cuales será imposible reportar rigurosamente los avances si no se cuenta con información específica. Difícilmente se pueden definir objetivos sanitarios o evaluar las políticas públicas sin información oportuna y de calidad. Relacionado a ello, está ampliamente probado que mientras más precisa y específica sea la información diagnóstica disponible, más efectivas y eficientes serán las políticas públicas en su diseño e implementación. En ese marco, se considera que el tratamiento de la información, su grado y forma de desagregación, deberían obedecer a una política y no a personas y coyunturas. La información debe ser cada vez más desagregada, y si bien es clave en primera instancia visibilizar a los/as indígenas, lo es en igual medida visibilizar a los/as adolescentes, jóvenes, mujeres, adultos/as mayores... indígenas. Será también importante innovar y desarrollar nuevas categorías e indicadores que representen el momento histórico actual y sus dinámicas, trascendiendo el carácter occidental, adultista, biomédico de los referentes actuales. La información cuantitativa debe complementarse con conocimiento antropológico y sociológico, que otorgue marcos explicativos y de sentido. También se deberán innovar las

formas de investigar y la participación de los/as mismos adolescentes indígenas como investigadores/as, como una oportunidad para su empoderamiento y el desarrollo de sus capacidades. Asimismo, será importante impulsar la realización de investigaciones comparativas y la sistematización de trayectos y experiencias, para obtener insumos que permitan desde la experiencia, orientar decisiones estratégicas y de política. Desarrollar espacios de diálogo, intercambio y aprendizaje intergeneracional, intercultural, urbano-rural es una vía interesante para potenciar: – Implicará alianzas con instituciones académicas y otras dedicadas a la investigación.

2. **Integralidad:** Es clave impulsar políticas integrales que: a) sean multidimensionales y reconozcan las interrelaciones de aspectos económicos, sociales y humanos; b) focalicen en grupos de extrema pobreza y alta vulnerabilidad; c) adopten el enfoque de “ciclo de vida”, reconociendo que la pobreza tiende reproducirse de etapa en etapa; d) reconozcan impliquen participación social; e) consideren a la familia como espacio fundamental de reproducción de la pobreza (PNUD 2006). Asimismo, políticas que reconozcan la concepción integral de la salud existente entre las poblaciones indígenas, al mismo tiempo que reflejan una comprensión integral de la dimensión de salud en los/as adolescentes, en la que los problemas de exclusión reflejados en violencia, consumo de alcohol y drogas, entre otros, se relacionan directamente con otros problemas de salud y en particular su salud sexual y reproductiva. La constitución de redes locales multisectoriales y multiactoriales contra la violencia, constituye una experiencia que puede ser tomada como referencia. – Doras Burak plantea el siguiente gráfico para ilustrar su concepto de un enfoque integral:

GRÁFICO 14

Modelo integral



Fuente: Doras Burak 2001b.

3. **Financiamiento y eficiencia en el gasto:** El Estado debe garantizar el financiamiento necesario y suficiente, no sólo para desarrollar las acciones de implementación de la política, sino para desarrollar, en paralelo, la institucionalidad y las capacidades requeridas para la sostenibilidad y escalamiento de procesos y resultados. Como hemos analizado, las políticas y programas dirigidos a los/as adolescentes y jóvenes, han tenido históricamente un grado de dependencia extremadamente alto de la cooperación internacional, lo que no ha incidido siempre positivamente en su independencia, articulación, integralidad y sostenibilidad. Por otro lado, el Estado deberá

velar también por la eficiencia en el gasto, implementando una **gestión por resultados** que permita los mayores logros al menos costo posible: "Si bien los recursos financieros, humanos y físicos existente no son suficientes para acelerar logros de desarrollo humano, lo más importante es reconducir los recursos existente en una lógica de gestión por resultados" (PNUD 2006).

4. **Institucionalidad e institucionalización:** Alude a la necesidad de fortalecer la institucionalidad central y descentralizada, requerida para la gestión de las políticas, habiendo reconocido previamente que este es un factor crítico que, aunado a las tensiones de ín-

dole política, ha incidido negativamente en la coordinación y operacionalización de las medidas concurrentes y enfoques transversales requeridos, determinando que las políticas se implementen de manera dispersa, desarticulada y “al azar”. - “Siendo así, corresponde preguntarse si no es posible acaso, señalar un conjunto de atributos comunes, que podrían ser tomados en cuenta a la hora de reflexionar sobre la construcción de instituciones sociales: vigencia temporal de largo plazo, eficiencia-transparencia, articulación institucional, participación ciudadana, versatilidad territorial, regulación de la participación privada en la provisión, exigibilidad de los derechos” (*Machinea, 2005*). Según Machinea, “las instituciones que cumplan con estos atributos serán, casi siempre, instituciones de orden intermedio, que obviamente serán más eficaces en la medida que interactúen con instituciones de orden superior y en el marco de una estabilidad político-económica que contribuya a la consolidación de las instituciones clave de la política social”. – Con la institucionalización se buscará transitar de políticas gubernamentales de alta volatilidad, a políticas estatales de mediano o largo plazo, en un contexto descentralizado y en coherencia con el tipo de cambios estructurales que implica abordar la salud de lo/as adolescentes y jóvenes indígenas.

5. **Recursos humanos:** El desafío de los recursos humanos es multifacético, porque son las personas las que operaran las acciones y también las que hacen a las instituciones. Como se ha resaltado previamente, aspectos relacionados con el personal de los servicios de salud como el maltrato, la falta de sensibilidad, la cultura organizacional poco amigable, la burocracia y el abordaje adultista, figuran entre las principales barreras de acceso que señalan los/as adolescentes, aun-
- que cabe resaltar que en el caso de los/as adolescentes y jóvenes indígenas (rurales), los problemas en buena parte se remiten a existencia y accesibilidad de los servicios.
- En lo que hace a los recursos humanos, resulta fundamental desarrollar dos tipos de medidas; de corto plazo, dirigidas a generar conocimientos y capacidades mínimas, suficientes, para cumplir con una función pública vinculada de una u otra manera con el trabajo con/para adolescentes y jóvenes en salud, desde los enfoques de derechos, género, étnico-cultural. Las otras medidas son de mediano y largo tienen que ver con incidir en el ámbito académico, en distintas currículas profesionales.
6. **Enfoque de derechos,** como marco fundamental innegociable, que establece la obligatoriedad del Estado de proteger los derechos consignados en los distintos documentos legales, incluidos los compromisos internacionales, y generar para todos/as los/as ciudadanos/as iguales oportunidades para su goce y ejercicio. En este sentido, la clave no radica en el reconocimiento formal de los derechos, aunque su difusión y conocimiento ya serían un avance entre muchas autoridades y proveedores de servicios, sino en el desarrollo de mecanismos, metodologías y enfoques que garanticen su operativización, asociados a sistemas de monitoreo y evaluación participativos, que impliquen la participación y control de los/as adolescentes y jóvenes indígenas.
  7. **Equidad e igualdad de oportunidades:** Estos dos principios interrelacionados, articularán el abordaje de la dimensión de género, como enfoque transversal, y a la vez en términos de medidas de acción afirmativa orientadas a las mujeres adolescentes y jóvenes indígenas. – Como se ha enfatizado en el análisis y constatado en las estadísticas

disponibles, la integración de la dimensión de género en las políticas, programas y todo tipo de iniciativas dirigidas a la salud de los pueblos indígenas se caracteriza por su debilidad.

8. **Intercultural e intergeneracional:** La interculturalidad en los servicios de salud implica que existen espacios de diálogo y construcción conjunta, pero no supe ninguna de las necesidades ni condiciones básicas para todo servicio, incluyendo la calidad de la atención y, fundamentalmente, la capacidad técnica y resolutive. En ese marco, cabe promover diálogos y acciones tanto interculturales como intergeneracionales, así como urbano-rurales, que coadyuven a cerrar las brechas comunicacionales y de la “otredad”, y así posibiliten tanto construir proyectos o visiones compartidas sobre la salud, como la visibilización y respeto hacia las diferencias, que permita su atención. Espacios entre adolescentes y jóvenes diversos; espacios entre adolescentes/jóvenes indígenas, autoridades y proveedores/as de salud; encuentros comunitarios en los que los/as adolescentes y jóvenes puedan dialogar con sus padres, madres, organizaciones, autoridades tradicionales, comunidad en general.
9. **Enfoque de diversidad:** Los/as adolescentes y jóvenes rurales viven realidades diferentes a las de los/as adolescentes y jóvenes urba-

nos, con necesidades y problemas propios, y requieren de políticas específicas. – Las políticas públicas homogéneas son diseñadas para un ideal que no existe. “El reto de asumir la diversidad es central; más aún, el crear políticas que igualen oportunidades, desarrollen capacidades y protejan derechos en esa diversidad” (PNUD 2006). Las políticas de salud dirigidas a adolescentes y jóvenes, deben ir articuladas a mecanismos que garanticen que su concreción se realice por un lado observando su adecuación contextual y, por el otro, asegurando la prevalencia de los principios y elementos clave de su diseño.

10. **Protagonismo adolescente/juvenil:** Promover el protagonismo adolescente/juvenil, coherente con el discurso, que permita a los/as sujetos expresar sus opiniones y puntos de vista, así como participar en la toma de decisiones respecto a asuntos que les son de su incumbencia, como su salud, pero también en las decisiones que hacen a toda a comunidad. En ese marco resulta importante, como punto de partida, un mayor conocimiento sobre la existencia, tipo y grado de asociativismo juvenil en el área rural de Bolivia, para luego diseñar estrategias que permitan promover, impulsar, fortalecer las organizaciones entre adolescentes y jóvenes indígenas, en el área rural, pero también a nivel urbano.

# ANEXO

## ANEXO

### Registro de contactos a instituciones y expertos/as por departamento<sup>12</sup>

Número	Departamento	Institución	Persona (s) de contacto	Cargo
1.	Beni	AMUPEI Beni Rural	Ingrid Zabala	Coordinadora
2.	Chuquisaca	Centro Juana Azurduy	Marisol España	Defensoría
3.	Chuquisaca	Plan Internacional Sucre	Evangelina Navia	Comunicadora
4.	Cochabamba	CEDIB	Cecilia Illanes	Documentación
5.	Cochabamba	IFFI	Mirela Armand	Coordinadora Incidencia
6.	Cochabamba	VIVO POSITIVO	María Zapata	Directora
7.	Cochabamba	ASONGS	Elva Terceros	Patricia Coca Coordinadora Responsable Proy. Pujllay
8.	Cochabamba	MARIE STOPES	Cecilia Cossio	Coordinadora Unidades Móviles
9.	Cochabamba	CIES	Guido Cossío	Supervisor Educativo
10.	Cochabamba	CIPCA		Secretaría
11.	Cochabamba	CINEP	Roxana Badani	Directora
12.	Cochabamba	SEDES - Cochabamba	Elizabeth Severich Lola Salinas	Prog. Adolescentes AIEPI
13.	La Paz	APPRENDE	Ana Rosa González	Directora
14.	La Paz	Centro Gregoria Apaza	Paola Salas	Planificación
15.	La Paz	CIDEM	Patricia Brañez Lourdes Peñaranda	Coordinadora de Proyectos Responsable Centro Documentación
16.	La Paz	ADESPROC	Alberto Moscoso	Director
17.	La Paz	Marie Stopes Bolivia	Ramiro Claire	Director
18.	La Paz	Católicas por el Derecho a Decidir	Claudia Arroyo	Colectivo Decide
19.	La Paz	CISTAC	Yolanda Mazuelos	Investigaciones y masculinidades
20.	La Paz	Ministerio de Salud	Jaqueline Reyes	Directora Unidad de Servicios de Salud

12 Los contactos fueron presenciales, telefónicos y/o por correo electrónico, dependiendo cada caso.



## ANEXO

Registro de contactos a instituciones y expertos/as por departamento<sup>12</sup>

Número	Departamento	Institución	Persona (s) de contacto	Cargo
21.	La Paz	Ministerio de Salud	Cecilia Delgadillo	Responsable Programa Adolescentes
22.	La Paz	Viceministerio de Igualdad de Oportunidades	Karina Marconi	Directora Área Niñez, Juventud y Adulto Mayor
23.	La Paz	Save the Children	Fabiola Calderón	Comunicadora
24.	La Paz	Diakonía	Jorge Velázquez	Coordinador
25.	La Paz	PROCOSI	Responsable	Centro Documental
26.	La Paz	Coordinadora de la Mujer	Responsable	Centro Documentación
27.	La Paz	UNFPA	María Eugenia	Centro Documentación
28.	La Paz	OP		Centro Documentación
29.	La Paz	PADEM	Ana Kudelka	Resp. Jóvenes
30.	La Paz	IPAS	Dra. Malena Morales	
31.	La Paz	FAM (Federación de Asociaciones Municipales)	Dr. Jorge Jemio	Unidad Desarrollo Social
32.	La Paz	Plan Internacional	Marta Rivera	
33.	La Paz		Miguel Cortéz	Experto, ex. Responsable del ProAdol del UNFPA
34.	La Paz		Cintia Dávalos	Experta, fue Responsable del ProAdol del UNFPA
35.	La Paz		Sandra Aliaga	Experta
36.	La Paz		María Dolores Castro	Experta en salud
37.	La Paz		Paola Rosso	Consultora
38.	La Paz	FCI	Alexia Escóbar	Directora
39.	La Paz	TAHIPAMU	Ineke Dibbits	Directora
40.	La Paz	INE		
41.	La Paz	SNIS	Ana Suxo Dr. Alejandro Sánchez Bustamante	Responsable
42.	Oruro	AMUPEI	Clotilde	Coordinadora
43.	Pando	AMUPEI	Susana Hurtado	Coordinadora
44.	Potosí	CIES	Carlos Eduardo Pereira	Coordinador
45.	Santa Cruz	Etau Kuñatai	Heidy Hochttater	Directora
46.	Santa Cruz	CIES		Centro de documentación

## ANEXO

Registro de contactos a instituciones y expertos/as por departamento<sup>12</sup>

Número	Departamento	Institución	Persona (s) de contacto	Cargo
47.	Santa Cruz	APCOB	Viviana Marzluf	Bibliotecaria
48.	Santa Cruz	SEDES	Ruth Galvez	Resp. SSR
49.	Santa Cruz	SEDES	Maritza Camargo	Resp. Adolescentes
50.	Santa Cruz	SEDES	Dolly Galvarro	Resp. Género y Violencia
51.	Santa Cruz	Sex-Salud	Rita Salvatierra	
52.	Santa Cruz	DNI		
53.	Santa Cruz		Miguel Cuéllar	Experto (ex responsable ProAdol)
54.	Santa Cruz	SEPA	Guillermo Dávalos	Director
55.	Santa Cruz	CIDOB		
56.	Santa Cruz	CSRA Montero	Dardo Chávez	Director
57.	Santa Cruz	Colectivo Rebeldía	Madela Sainz y Lupe Pérez	Directora y Coordinadora
58.	Tarija	ECAM	Peky Rubin de Celis	Coordinadora Derechos Humanos
59.	Tarija	CIES	Carlos Pereira	Coordinador
60.	Tarija	Esperanza Bolivia (Villamontes)	Evelin Villagrán	Coordinadora adjunta
61.	Tarija	Mujeres en Acción	Corina Guerra	Directora

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Alba Fernández, J.J. (1994): Entre la pervivencia y la muerte: Los campo jampiris de Campero. Cochabamba, Bolivia: COOPI, OPS-OMS, Central Campesina de Campero.
- Aliaga, S. y Machicao, X. (1995): El aborto: una cuestión no sólo de mujeres. La Paz, Bolivia: CIDEM.
- Albó, X. (2005): "Ciudadanía Étnico-Cultural en Bolivia". La Paz, Bolivia: CIPCA.
- AMUPEI, Mujeres Campesinas Indígenas y Originarias Cochabamba Rural (2009): Historias de nosotras. Cochabamba, Bolivia: AMUPEI.
- Apostamos por Bolivia (2007): Derechos humanos de pueblos indígenas en la nueva constitución. Cuaderno 4. La Paz, Bolivia: Apostamos por Bolivia, Asociación para la Ciudadanía, ACLO, Centro Gregoria Apaza, CIPCA, Fundación Tierra.
- Arnold, D. y Yapita, J.D. (1999): Vocabulario aymara del parto y de la vida reproductiva de la mujer. La Paz, Bolivia: ILCA/FHI.
- Arriágado, I., Aranda, V. y Miranda, F. (2005): Políticas y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas. Serie Políticas Sociales No. 114. Santiago de Chile: CEPAL.
- ASONGS (sf): Primeros auxilios. Cartilla para niños, niñas responsables de salud del Grupo Pujllay. Cochabamba, Bolivia: ASONGS, CARITAS AUSTRALIA.
- ASONGS (s/f): Hablemos del Proyecto Pujllay. Cochabamba, Bolivia: ASONGS.
- ASONGS (2008): Sentimientos y propuestas sobre la migración de los niños, niñas y adolescentes. Proyecto crecer jugando. Cochabamba, Bolivia: ASONGS, CARITAS, LED.
- Baldivia, J. (1997): Diagnóstico complementario sobre la juventud boliviana. La Paz, Bolivia: Despacho de la Primera Dama de la Nación, Subsecretaría de Asuntos Generacionales, Comité Técnico Nacional para la Formulación de Políticas a Favor de la Adolescencia y Juventud, UNFPA.
- Bellido, I. (1999): Cargando la vida. Situación de las niñas, niños y adolescentes trabajadores independientes de Sucre. Sucre, Bolivia: Centro Juana Azurduy.
- Bello, A. y Rangel, M. (2002): La Equidad y la Exclusión de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes en América Latina y el Caribe. Revista de la Cepal No. 76. Santiago de Chile: CEPAL.
- BTC/CTB. (2001): Diagnóstico participativo en salud para los centros de salud comunitarios. Inicio de una experiencia de salud familiar y comunitaria en las unidades vecinales 102, 156 y 164 de la ciudad de Santa Cruz. Santa Cruz, Bolivia: BTC/CTB, Proyecto SILOS – Cooperación Técnica Belga.
- Capítulo Boliviano de Derechos Humanos y Desarrollo (2005): Estado de situación de los derechos económicos, sociales y culturales en Bolivia al año 2005. Informe de la sociedad civil al Comité de la Naciones Unidas. Capítulo Salud. La Paz, Bolivia: CBDHDD, CDH.
- CARE Internacional en Bolivia (2008): Proyecto: "Construyendo capacidades en la sociedad civil local y apoyo para la abogacía en VIH / SIDA en Bolivia". La Paz, Bolivia: Care Internacional, DFID.
- CARE Internacional en Bolivia, Congregación Hermanas del Buen Pastor Epua Kuñatai (s/f): Infecciones de Transmisión Sexual y VIH / SIDA. Cartilla. Santa Cruz, Bolivia: Epua Kuñatai.
- CARE Internacional en Bolivia, Congregación Hermanas del Buen Pastor Epua Kuñatai (2008): Diagnóstico en comunidades chiquitanas y ayoreas. "Conocimientos y riesgos de its, vih y sida con enfoque de género". Santa Cruz, Bolivia: DFID, CARE, Congregación Hermanas del Buen Pastor - Epua Kuñatai, Central de Comunidades Indígenas de Chiquitos.
- CELADE y FI (2008): Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo hemos avanzado? Informe del seminario-taller. Serie Seminarios y Conferencias No. 53. Santiago de Chile: CELADE, FI, UNFPA.
- CEPAL (2009): Panorama social de América Latina 2009. Santiago de Chile: CEPAL.

- Céspedes, M. (2008): Infecciones de transmisión sexual y VIH / SIDA. Santa Cruz, Bolivia: CARE, Congregación Hermanas del Buen Pastor – Epua Kuñatai, DFID.
- CIES (2004): Compendio de Investigaciones Operativas en Salud Sexual y Reproductiva. La Paz, Bolivia: CIES, Fronteras/Population Council.
- CIPP (2006): Línea Base Proyecto “Mujeres y adolescentes empoderadas en torno a sus derechos sexuales y reproductivos” Plan Internacional – CISTAC. La Paz, Bolivia: Plan Internacional, CISTAC.
- Colectivo Rebeldía, ed. (2009): Prevención del vih y sida desde una visión intercultural y de género en el pueblo chiquitano. Bakuirara nuxia utakuatoi ñinana manu noxokoxi nirixhi VIH / SIDA masamoninena nuxia isiukina nuioiakatoe mamonkoka ichepe nipiakabama makiataka osiborisapa mañoñinka, paikaityo. Santa Cruz, Bolivia: OICH, Colectivo Rebeldía, DIAKONIA.
- Coll, A. (2001): “Embarazo en la adolescencia ¿Cuál es el problema?”. En Donas Burak, S. (comp.) Adolescencia y Juventud en América Latina. Cartago, Costa Rica: LUR.
- Coloma, C. (1992): “Iniciativa: Salud de los Pueblos Indígenas. Situación de salud de los pueblos indígenas de Latinoamérica. Documento Base”. En Seminario-Taller 93 “Los Pueblos Indígenas y la Salud”. Winnipeg, Canadá: Organización Panamericana de la Salud, Sociedad Canadiense para la Salud Internacional.
- CEDAW (2008): Concluding comments of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women. CEDAW.
- Dávalos, G. (2008): “Informe Final. Apoyo técnico-temático a la preparación de la línea base sobre juventudes en 17 áreas urbanas (comunidades reciprocas)”. Informe de consultoría. Santa Cruz, Bolivia: SNV.
- DFID/CARE (2008): “Construyendo capacidades en la sociedad civil local y apoyo para la abogacía en its/vih y sida en Bolivia”. Santa Cruz, Bolivia: CARE.
- DFID/MARIE STOPES INTERNACIONAL (2008): Proyecto de movilización ciudadana para la promoción y defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos en Sucre y Cochabamba 2003 – 2008. Santa Cruz, Bolivia: MSIB.
- DNI/Fundación La Paz (sf): Constituyentes de hoy y de siempre. Incorporación del enfoque de niñez y adolescencia en la constitución política del estado. La Paz, Bolivia: DNI, Kinder Not Hilfe, Fundación La Paz para el Desarrollo y la Participación.
- Dirección Departamental de Desarrollo Social (2006): Situación, percepción y expectativas de los jóvenes de la provincia. Santa Cruz, Bolivia: Secretaría Departamental de Desarrollo Humano del Gobierno Departamental de Santa Cruz, Programa Iniciativas Democráticas USAID.
- Donas Burak, S. (2001a): “Adolescencia y juventud. Viejos y nuevos desafíos en los albores del nuevo milenio”. En Donas Burak, S. (comp.) Adolescencia y Juventud en América Latina. Cartago, Costa Rica: LUR.
- Donas Burak, S. (2001b): “Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescentes”. En Donas Burak, S. (comp.) Adolescencia y Juventud en América Latina. Cartago, Costa Rica: LUR.
- Duarte Quapper, K. (2001): “¿Juventud o juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes en nuestro continente”. En Donas Burak, S. (comp.) Adolescencia y Juventud en América Latina. Cartago, Costa Rica: LUR.
- Durston, J. (2001): “Juventud rural y desarrollo en América Latina. Estereotipos y realidades”. En Donas Burak, S. (comp.) Adolescencia y Juventud en América Latina. Cartago, Costa Rica: LUR.
- Epúa Kuñatai- Fundación RedVihda (2007): “Mujeres y VIH / SIDA EN Santa Cruz. Vulnerabilidad ante la ausencia de políticas públicas y normativa”. En Las Hijas Putativas del Estado. Informe Alternativo CEDAW. La Paz, Bolivia: Hermanas del Buen Pastor.
- FCI (s/f): Para prevenir el vih y sida desde un enfoque intercultural y de género en el pueblo chiquitano. Uxa si-borikixhi. Santa Cruz, Bolivia: FCI.
- FCI, CIES, SEDES Beni (s/f): Hallazgos de una Evaluación Participativa de Necesidades en Salud Sexual y Reproductiva con Poblaciones Jóvenes del Departamento del Beni. Resumen ejecutivo y recomendaciones para la acción. La Paz: FCI.

- FCI/UNFPA (2006): Género, generaciones y derechos: nuevos enfoques de trabajo con jóvenes. La Paz, Bolivia: FCI, UNFPA.
- Fernández Ham, P. y Ávila García DE. (s/f): "Análisis Comparativo entre Jóvenes Rurales y Urbanos. Una Relación Indisoluble". En Joven es. Revista de Estudios sobre Juventud No. 9. México D.F.: Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud.
- Ferrufino, C. Ferrufino, M., Pereira, C. (2007): Los costos humanos de la emigración. Cochabamba, Bolivia: Universidad Mayor de San Simón.
- Figueroa Cárdenas, M. (s/f): "¿Son sensibles los retornos a la educación según la clasificación étnico lingüística de la población que se utilice?". La Paz, Bolivia: Publicaciones de UDAPE.
- Fondo De Población de las Naciones Unidas (2002): Promoviendo sueños. Construyendo realidades. La Paz, Bolivia: UNFPA/VEA.
- Foro Departamental de Niños, Niñas y Adolescentes (sf) Con-vivir en diversidad, es vivir bien. Cochabamba, Bolivia: ASONGS, CARITAS, LED.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas-Bolivia (2009): Proyecto de Fortalecimiento e Institucionalización del Modelo Transectorial de Atención de las y los Adolescentes – PROADOL. Informe Final de Actividades. La Paz, Bolivia: UNFPA.
- Foro Departamental de Niños, Niñas y Adolescentes (sf): Con-Vivir en Diversidad es "Vivir Bien". Cochabamba, Bolivia: ASONGS.
- Galeote Tormo, J. (1988): "Lomerío, Tierra de Chiquitanos en el Oriente de Bolivia. Análisis de la Población, Infancia y Salud". Lomerío, Santa Cruz, Bolivia: Hospital "San Antonio de Lomerío".
- GTZ (2004): Seminario de género e interculturalidad en el contexto boliviano. La Paz, Bolivia: GTZ, GT - GEMA.
- GTZ (2006): Diagnóstico nacional sobre la situación económica laboral de adolescentes y jóvenes. La Paz, Bolivia: GTZ, Ministerio de Justicia, Proyecto de apoyo a Jóvenes y sus Organizaciones en Procesos de Participación en el Ámbito Municipal (PROJUVENTUD).
- GTZ (2007a): "No se nace, se hace". Un estudio de caso comparativo de masculinidades de jóvenes del Norte de Potosí y del Chaco. La Paz, Bolivia: GTZ, Ministerio de Justicia, Proyecto de apoyo a Jóvenes y sus Organizaciones en Procesos de Participación en el Ámbito Municipal (PROJUVENTUD).
- GTZ (2007b): Interculturalidad desde la perspectiva de los y las jóvenes. La Paz, Bolivia: GTZ, Ministerio de Justicia, Proyecto de apoyo a Jóvenes y sus Organizaciones en Procesos de Participación en el Ámbito Municipal (PROJUVENTUD).
- GTZ (2007c): Vayamos juntos haciendo de los obstáculos nuevos caminos. Visiones de jóvenes sobre futuro, desarrollo y progreso. La Paz, Bolivia: GTZ, Ministerio de Justicia, Proyecto de apoyo a Jóvenes y sus Organizaciones en Procesos de Participación en el Ámbito Municipal (PROJUVENTUD).
- Guerrero, P. (2002) La Cultura. Estrategias conceptuales para comprender la identidad, la diversidad, la alteridad y la diferencia. Quito, Ecuador: Avya Yala, Universidad Politécnica Salesiana.
- Guzmán, JM., Contreras, JM. y Hakkert, R. (2001) "La situación actual del embarazo y el aborto en la adolescencia en América Latina y el Caribe". En Donas Burak, S. (comp.) Adolescencia y Juventud en América Latina. Cartago, Costa Rica: LUR.
- Hopenhayn, M. Bello, A. y Miranda, F. (2006): Los pueblos indígenas y afrodescendientes ante el nuevo milenio. Serie Políticas Sociales No. 118. Santiago de Chile: CEPAL y GTZ.
- Lanza, M. (2003): Construyendo saberes. El enfoque de género en el proyecto de bi-alfabetización en salud reproductivas. Sucre, Bolivia: Viceministerio de la Mujer, UNFPA.
- López E. y Findling L. (2005): "Mujeres jóvenes: salud de la reproducción y prevención". En: Checa S. (Comp.) Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la Adolescencia. Buenos Aires, Argentina: PAIDOS.
- Machinea JL. y Hopenhayn M. (2005): La esquiua equidad en el desarrollo latinoamericano. Una visión estructural, una aproximación multifacética. Serie informes y estudios especiales 14. Santiago de Chile: CEPAL.

- Margulis, M. (2001): "Juventud: Una aproximación conceptual". En Donas Burak, S. (comp.) Adolescencia y Juventud en América Latina. Cartago, Costa Rica: LUR.
- Ministerio de Salud y Deportes (2005): Guía para la atención intercultural de la salud materna. La Paz, Bolivia: MSD.
- Morlachetti A. (s/f): "Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos". Notas de Población No. 85. Santiago de Chile: CEPAL.
- Melgar, T. (2009): Detrás del cristal con que se mira: Mujeres chimane, órdenes normativos e interlegalidad. Beni, Bolivia: Gran Consejo Chimane, Centro de Investigación y Documentación para el Desarrollo del Beni y Coordinadora de la Mujer.
- Melgar, T. (2009): Detrás del cristal con que se mira: Mujeres trinitarias, órdenes normativos e integrallidad. Beni: Cabildo Indígenal de Trinidad, Comunidad Nueva Natividad del Sécore, Central de Mujeres Indígenas del Beni, Subcentrales de Mujeres Indígenas del Sécore, Subcentral de Mujeres Indígenas del Tipnis, Gran Cabildo Indígenal de la Santísima Trinidad, CIDDEBENI y Coordinadora de la Mujer.
- Melgar, T. (2009): Detrás del cristal con que se mira: Mujeres sirionó, órdenes normativos e integralidad. Beni, Bolivia: Consejo del Pueblo Sirionó, Organización de Mujeres Sirionó, Central de Mujeres Indígenas del Beni, COMUJER, CIDDEBENI y Coordinadora de la Mujer.
- Ministerio de Salud y Deportes (2005): Guía para la atención intercultural de la salud materna. La Paz, Bolivia: MSD.
- Ministerio de Salud y Deportes, INE (2009): Encuesta Nacional de Demografía y Salud. La Paz, Bolivia: MSC, INE.
- Ministerio de Salud y Deportes, UNICEF, UNFPA (2008): "Identificación de indicadores de línea de base, informe final, Cochabamba". Cochabamba, Bolivia: MSD, DANIDA, UNICEF, UNFPA.
- Movimiento de Mujeres Presentes en la Historia (2008): La agenda de las mujeres en el proceso constituyente. La Paz, Bolivia: Coordinadora de la Mujer.
- Molina Barrios, R. (2005): Los pueblos indígenas de Bolivia: diagnóstico sociodemográfico a partir del censo de 2001. Santiago de Chile: CEPAL, BID.
- Marie Stopes Internacional Bolivia (s/f): Proyecto de Movilización Ciudadana para la Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en Sucre y Cochabamba 2003-2008. La Paz, Bolivia: MSI.
- Muuss, R.E. (2003): Teorías de la Adolescencia. México DF – México: Paidós Studio.
- Naciones Unidas, El Salvador (2008): Situación y Desafíos de la Juventud en Iberoamérica. El Salvador: Sistema de las Naciones Unidas.
- Nina, F. (2009): Detrás del cristal con que se mira: Mujeres del altiplano, órdenes normativos e interlegalidad. La Paz, Bolivia: Coordinadora de la Mujer.
- Nostas, M., y Sanabria, CE. (2009): Detrás del cristal con que se mira: Mujeres ayoreas - ayoredie, órdenes normativos e interlegalidad. Santa Cruz, Bolivia: Coordinadora de la Mujer.
- Nostas, M., y Sanabria, CE. (2009): Detrás del cristal con que se mira: Órdenes normativos e interlegalidad, mujeres quechuas, aymaras, sirionó, trinitarias, chimane, chiquitanas, ayoreas. La Paz, Bolivia: Coordinadora de la Mujer.
- Observatorio DESC- Bolivia, Capítulo Boliviano de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo (2006): Derechos Humanos y Políticas de Salud. La Paz, Bolivia: Observatorio DESC, CBDHDD.
- OICH, Colectivo Rebeldía (s/f): Para prevenir el VIH y Sida desde un enfoque intercultural y de género en el pueblo chiquitano. Cartilla educativa. Santa Cruz, Bolivia: OICH, Colectivo Rebeldía, Ibis, Hivos, Fondo Mundial.
- OICH (s/f): Prevención del VIH y SIDA desde una Visión Intercultural y de Género del Pueblo Chiquitano.
- Organización Iberoamericana de la Juventud (2009): El Asociacionismo Juvenil en la Región Andina: Situación, Desafíos y Propuestas. Informe Regional. OIJ, AECID, Consejo de la Juventud de España.
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (1997): Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Washington, D.C.: OPS/OMS.
- Ortuste, S., Padilla, ME., Pérez, AM., Calderón, R., Fuentes, E. y Cardozo, J. (2000): Sin salida. Pandillas infanto – juveniles en la ciudad de Sucre. Sucre, Bolivia: Centro Juana Azurduy.

- Pacheco Ladrón de Guevara, LC. (s/f): "Juventud Indígena en Desventaja". En Joven es. Revista de Estudios sobre Juventud No. 9. México D.F.: Centro de Investigación y Estudios sobre Juventud.
- PADEM, Mercado I. (2008): Jóvenes aportando a la democracia "La cosa es proponiendo". La Paz, Bolivia: PADEM, AOS.
- Padilla, ME. (2000): No sólo por la sangre. El reconocimiento de hijos y sus efectos. Sucre, Bolivia: Centro Juana Azurduy.
- Parlamento Andino – Parlamento Indígena de América (1997): "Reunión de Trabajo sobre Políticas de Salud y Pueblos Indígenas". Quito, Ecuador; 25-27 de noviembre de 1996. Washington D.C.: Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, OPS/OMS.
- PNUD, UDAPE, CIMDM (2006): Cuarto Informe. Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio asociados al Desarrollo Humano. La Paz, Bolivia: PNUD, UDAPE, CIMDM.
- PNUD (2006): Niños, niñas y adolescentes en Bolivia. 4 millones de actores del desarrollo. La Paz, Bolivia: UNICEF, PNUD, PLAN.
- Population Concern (2003): Iniciativa de salud reproductiva en la región andina isrra". La Paz, Bolivia: Population Concern.
- Programa Nacional de Salud Reproductiva (sf): Usted Decide. La Paz, Bolivia: USAID/Bolivia.
- Proyecto SILOS – Cooperación Técnica Belga (2001): Diagnóstico Participativo en Salud para los Centros de Salud Comunitarios. Santa Cruz, Bolivia: Cooperación Técnica Belga.
- Rada, L., y García, E. (2002): "Promoviendo sueños construyendo realidades" Directorio de instituciones que trabajan en la educación para la sexualidad. La Paz, Bolivia: Fondo de Población de las Naciones Unidas – Bolivia.
- Ramírez, S. (2005): Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí. La Paz, Bolivia: Cooperazione Italiana.
- Renshaw, J. (1989): "The Indian Population of the Department of Santa Cruz, Bolivia". Santa Cruz.
- Rodrigo Alsina, M. (s/f) "Elementos para una comunicación intercultural" (fotocopia de artículo sin referencias adicionales).
- Salinas, S. (1998): Más allá de sueños y contradicciones: identidad, poder y sexualidad en adolescentes de zonas periurbanas de La Paz y El Alto. La Paz, Bolivia: Educación en Población (UNFPA, SNE UNESCO).
- Salinas, S. (2001): "Demography from the Soul". En Syed, S. (ed.) Cultures of populations. Populations dynamics and sustainable development. New York, EE.UU.: UNESCO.
- Salinas, S. y Castro, MD. (2009): Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregión Andina. Lima, Perú: ORAS CONHU, UNFPA, OIJ, AECID, FCI.
- Sanabria, CE., y Nostas, M. (2009): Detrás del cristal con que se mira: Mujeres chiquitanas, órdenes normativos e interlegalidad. Santa Cruz, Bolivia: Coordinadora de la Mujer.
- Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003): Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Washington, DC.: OPS.
- SexSalud (2003): "Hablemos de ITS-VIH-SIDA. Proyecto de capacitación para adolescentes educadores pares. Santa Cruz, Bolivia: ONUSIDA, SexSalud, Hivos.
- Solíz, C. (2006) "La violación como prisma de las relaciones sociales y el entramado estatal en el ámbito jurídico". En: Montes, P (comp.) Mirando el Pasado para Proyectarnos al Futuro. Evaluación de políticas públicas de género. La Paz, Bolivia: CIDES-UMSA, Coordinadora de la Mujer, Centro de Promoción de la Mujer "Gregoria Apaza".
- AHIPAMU (1995): Hablar del aborto no es fácil. La Paz, Bolivia: TAHIPAMU, AOS.
- Tapia, I., Royder, R., Cruz, T. (2006): ¿Mentisan, paracetamol o wira wira? Jóvenes, salud e interculturalidad en los barrios mineros de Potosí. Libros de bolsillo. La Paz, Bolivia: PIEB.

- Tellería, P. (2009): Estudio sobre derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas con discapacidad: conceptualización, accesos y restricciones. Investigaciones breves I. La Paz, Bolivia: Observatorio de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, UNFPA, Católicas por el Derecho a Decidir.
- UDAPE, Organización Panamericana de la Salud (2005). Caracterización de la Exclusión Social en Salud". La Paz, Bolivia: UDAPE, OPS.
- UDAPE/UNICEF (2005): Bolivia. Equidad y derechos de la niñez. Índice Municipal de desarrollo de la infancia, niñez y adolescencia. IDINA, La Paz, Bolivia: UDAPE; UNICEF.
- UDAPE, NNUU, OIT (2006) Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio. La Paz: UDAPE, NNUU, OIT.
- UDAPE y UNICEF (2008): Bolivia. Derechos e Igualdad de Género en la Niñez y Adolescencia. Índice de Desarrollo Municipal en la Infancia, Niñez y Adolescencia. La Paz: UDAPE, UNICEF.
- UNFPA (2008): Expectativas y Demandas de Servicios de Salud de los y las Adolescentes. El caso de las ciudades de La Paz, El Alto y Santa Cruz. La Paz, Bolivia: UNFPA.
- UNFPA/FCI Bolivia (2008): La salud sexual y reproductiva de las poblaciones indígenas de Bolivia. Tierras bajas, valles y altiplano. La Paz, Bolivia: UNFPA/FCI.
- UNFPA/Viceministerio de Género y Asuntos Generacionales (2007): Encuesta de la adolescencia y la juventud, Bolivia 2008. La Paz, Bolivia: UNFPA, Ministerio de Justicia de Bolivia.
- Valenzuela Fernández, R. (2004): Inequidad, ciudadanía y pueblos indígenas en Bolivia. Serie Políticas Sociales No. 83. Santiago de Chile: CEPAL.
- Veldhuis, E. (2000): Mi cuerpo, mi intimidad. La Paz, Bolivia: CIES salud sexual y reproductiva.
- Villa, M. y Rodríguez, J. (2001): "Juventud, reproducción y equidad". En Donas Burak, S. (comp.) Adolescencia y Juventud en América Latina. Cartago, Costa Rica: LUR.
- VIO y UNFPA (2009): Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2008. La Paz, Bolivia: UNFPA.
- Ybarnegaray, J. (2009) "Propuesta de institucionalización de los mecanismos públicos por los derechos de las mujeres" (Perfil de proyecto). La Paz, Bolivia: PADEP/GTZ.
- Zabala, ML. (2009): Detrás del cristal con que se mira: Mujeres de Cochabamba, órdenes normativos e interlegalidad. Santa Cruz, Bolivia: Coordinadora de la Mujer.

## CONVENCIONES INTERNACIONALES, LEYES Y PLANES NACIONALES

### Internacionales

- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).
- Conferencia Internacional de Población – México.
- Conferencia Internacional de la Mujer – Nairobi.
- Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN).
- Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo realizada - Rio de Janeiro.
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos – Viena.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo - Cairo.
- Plataforma de Acción resultante de la IV Conferencia Mundial de la Mujer - Beijing.
- Declaración del Milenio (2000) establece los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).
- Convención Iberoamericana de Derechos de los Jóvenes (CIJD).
- Convenio 169 de la OIT sobre "Pueblos indígenas y tribales en países independientes".
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.



## Nacionales

- Nueva Constitución Política del Estado (NCPE).
- Plan Nacional de Desarrollo (PND) "Bolivia digna soberana, productiva y democrática para vivir bien" Lineamientos estratégicos 2006-2011.
- Plan Nacional de Acción de Derechos Humanos "Bolivia digna para vivir bien" 2009-2013. Decreto supremo No 29851.
- Plan Estratégico Sectorial de Salud, 2007-2010 (PESS).
- Salud Familiar y Comunitaria Intercultural (SAFCI).
- Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materno-Perinatal y Neonatal en Bolivia (2009-2013).
- Ley para la Prevención del VIH / SIDA, Protección de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria para la Personas que Viven con el VIH / SIDA (N° 3729/07).
- Política de Reducción de la Violencia (en espera de aprobación).
- Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2009 – 2013).
- Plan Nacional para la Salud y el Desarrollo Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana (2009 - 2012).
- Código Niño, Niña y Adolescente (1999).
- Plan Nacional de Desarrollo Comunitario de la Infancia, la Niñez y la Adolescencia 2009 – 2013.
- Plan Nacional de Juventudes: "Jóvenes unidos/as por el cambio" 2008 -2012 (en espera de aprobación).
- Anteproyecto de "Ley Nacional de Juventudes" (en espera de aprobación).
- Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades "Mujeres Construyendo la Nueva Bolivia para Vivir Bien".

