



MODELO MUNICIPAL DE SALUD

ATENCIÓN INTEGRAL Y DIFERENCIADA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

EL ALTO - 2016



MODELO MUNICIPAL DE SALUD DE ATENCIÓN INTEGRAL Y DIFERENCIADA PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES

Desarrollada por

El Asocio El Alto: Asociación para la Prevención de Embarazos no Deseados (APPRENDE), Centro de Multiservicios Educativos (CEMSE) y Consejo de Salud Rural Andino (CSRA). En el marco de los proyectos de referencia BOL-3399/15, BOL-3400/15 y BOL-3401/15 financiados por la **Fundación Anesvad**

Con el apoyo / aportes de

La Dirección Municipal de Salud y la Dirección de Desarrollo Integral del Gobierno Autónomo Municipal de El Alto (GAMEA)



ÍNDICE

SIGLAS Y ACRÓNIMOS	Pág. 1
PRESENTACIÓN	Pág. 2
RESUMEN EJECUTIVO	Pág. 4
I. INTRODUCCIÓN AL MODELO	Pág. 5
1.1. Antecedentes y metodología	Pág. 5
II. EL MODELO Y SU IMPLEMENTACIÓN	Pág. 8
2.1. Descripción del problema	Pág. 8
2.2. Marco Legal	Pág. 11
2.3. Modelo Municipal de Atención Integral y Diferenciada a Adolescentes y Jóvenes	Pág. 14
Principios de la atención integral y diferenciada	
Estándares de la Atención Integral y Diferenciada	
- Personal sensibilizado y capacitado en AIDAJ	
- Sistemas de registros	
- Actividades preventivo - promocionales	
- Redes sociales	
- Pares adolescentes	
Características para la calidad de la atención diferenciada	
2.3.1. Componentes del Modelo	Pág. 19
A. Componente asistencial	Pág. 21
a) Infraestructura.....	Pág. 21
b) Equipamiento.....	Pág. 21
c) Recursos humanos.....	Pág. 22
Perfil de los prestadores que trabajan con adolescentes	
Contenidos de la formación del prestador.	
Principios y enfoques.	
Cualidades indispensables de los integrantes del equipo	
Durante la atención	
Investigación	
Capacitación	
d) Cartera de Servicios.....	Pág. 25
Oferta de servicios asistenciales	
Oferta de servicios comunitarios	
Protocolos de atención	
e) Gestión de servicios.....	Pág. 26
Organigrama	
Flujograma de atención	
Sistema de información	
f) Sistema de referencia y contrareferencia.....	Pág. 32
g) Programa de mejora continua de la calidad del servicio	Pág. 33



B. Componente preventivo promocional	Pág. 35
a) Formación de recurso humano comunitario.....	Pág. 35
Conformación de brigadas y/o líderes estudiantiles	
Designación de educadores comunitarios	
b) Estrategia comunicacional de los centros AIDAJ.....	Pág. 36
c) Acciones preventivas de promoción de la salud.....	Pág. 37
C. Componente de gestión participativa	Pág. 38
a) Comité de Calidad.....	Pág. 38
b) Comité de Referencia y Contrareferencia.....	Pág. 39
c) Reuniones del Comité de Análisis de la Información.....	Pág. 39
III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	Pág. 42
3.1. Conclusiones	Pág. 42
3.2. Recomendaciones	Pág. 43
IV. ANEXOS	Pág. 44



SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AIDAJ	Atención Integral y Diferenciada a Adolescentes y Jóvenes
APPRENDE	Asociación Para la Prevención de Embarazos No Deseados
CAI	Comités de Análisis de la Información
CDCA	Calidad Definida por el Cliente Adolescente
CEMSE	Centro de Multiservicios Educativos
COLOSAS	Comité Local de Salud
CSRA	Consejo de Salud Rural de Andina
CRP	Centro de Recursos Pedagógicos
DDI	Dirección de Desarrollo Integral
DSDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
DISA	Dirección Municipal de Salud
GAMEA	Gobierno Autónomo Municipal de El Alto
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SERES El Alto	Servicio Regional de Salud El Alto
SESO	Seguro Escolar de Salud Obligatorio



PRESENTACIÓN

El presente documento "Modelo Municipal de Atención Integral y Diferenciada a Adolescentes y Jóvenes (AIDAJ) de la ciudad de El Alto" tiene la intención de contribuir a la normativa nacional vigente de atención integral y diferenciada de adolescente y jóvenes.

En la actualidad las propuestas de atención a adolescentes en establecimientos de salud, se inscribe en el contexto de la promoción y la prevención de la salud, incentivando la participación de adolescentes, promoviendo hábitos de vida sana y procurando que cada consulta promueva el ejercicio de derechos, de manera que cada contacto se constituya para ellas y ellos en una experiencia que refuerce el proceso de toma de decisiones, la capacidad de juicio autocrítico, la autonomía y autocuidado de la salud.

El Modelo Municipal de Atención AIDAJ El Alto, es una propuesta con base en experiencias de las instituciones y se define: como "**Servicios Integrales que Trabajan en Red**, con instituciones públicas y privadas de la ciudad de El Alto, con la finalidad de **ofertar Servicios de Calidad** para adolescentes y jóvenes, así como **homogenizar este tipo de atención** en todos los distritos municipales, a partir de la gestión 2016".

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) para el 2011, el 31% la población boliviana correspondía a adolescentes y jóvenes, con edades entre los 10 y 28 años, esto muestra que la población boliviana es joven, con una edad media de 21 años, este promedio es más bajo en la ciudad de El Alto que alcanza a 19 años.

La Encuesta Nacional de la Adolescencia y Juventud 2008, revela que la tasa más alta de fecundidad, y superior al promedio general, se encuentra en la ciudad de El Alto con 83% (UNFPA 2009)¹.

El año 2011 un estudio realizado en la Ciudad de El Alto muestra que los embarazos en adolescentes y jóvenes se deben a problemas como la disfunción familiar y fácil acceso a bebidas alcohólicas.

Por otro lado las y los adolescentes y jóvenes de 12 a 24 años tienen limitado acceso a información y servicios diferenciados en salud, principalmente causado por una escasa formación del personal del área para este tipo de oferta y por una escasa adecuación de los servicios a las demandas de los jóvenes, sumado a dificultades de comunicación sobre temas de sexualidad al interior de las familias, las relaciones asimétricas de poder en pareja, la iniciación sexual temprana², la baja tasa de uso de

¹ Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2008/UNFPA; La Paz - Bolivia- UNFPA, 2010.

² Estudio de Embarazo en Adolescentes en cuatro hospitales Materno Infantiles de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz/Ministerio de Salud y Deportes –UNFPA; La Paz –Bolivia, 2011.



anticonceptivos, la nupcialidad temprana (antes de los 20 años), y la creencia de las jóvenes en que la maternidad es un designio.

La insuficiente oferta de servicios de salud diferenciados desencadena diferentes problemas en el ejercicio de los derechos de adolescentes y jóvenes, en especial en el área de salud sexual y salud reproductiva, siendo así una de las consecuencias más significativas el embarazo en adolescentes, que se constituye en uno de los problemas sociales de mayor crecimiento en áreas periurbanas.

Por esta razón durante el proceso de consulta y dadas las características de la adolescencia y juventud, es importante hacer énfasis en un abordaje integral de su salud sexual y reproductiva, porque el desconocimiento o la información errónea o incompleta sobre el uso de métodos anticonceptivos y otras conductas de riesgo pueden generar problemas de salud. Una vez identificadas estas falencias es conveniente procurar que las/os adolescentes adquieran ciertas habilidades sociales que les permitan tener conductas más asertivas que refuercen su desarrollo integral.



RESUMEN EJECUTIVO

El presente Modelo Municipal de Salud de Atención Integral y Diferenciada para Adolescentes y Jóvenes (AIDAJ) para el Municipio de El Alto, sistematiza todo el aprendizaje institucional de las organizaciones APPRENDE, CEMSE y CSRA³ junto al equipo técnico de la Secretaria de Desarrollo Humano del Gobierno Autónomo Municipal de El Alto. Este modelo se desarrolla en el marco legal de la normativa nacional de salud integral vigente en Bolivia.

El Modelo tiene tres componentes: a) Componente Asistencial (atención de salud), donde se caracteriza a los servicios AIDAJ desde la cartera de servicios asistenciales y comunitarios, infraestructura, equipamiento, recursos humanos, la gestión de los servicios, protocolos de atención, sistema de información que incluye un software, sistema de referencia y contra referencia y el programa de mejora continua de calidad, b) Componente Preventivo Promocional, donde se desarrollan experiencias exitosas de trabajo con grupos juveniles en diferentes temáticas como replicadores y agentes de cambio hacia sus pares y la comunidad y, estrategias de trabajo en comunicación para el cambio social junto a aliados clave de la comunidad, Campañas preventivas y Farmacias amigables. c) Componente de Gestión Participativa, que sistematiza las experiencias de trabajo con Comités de Calidad de carácter participativos, comités de referencia y contrarreferencia, además de Comités de Análisis de Información (CAI's) con análisis de indicadores de salud integral de la población adolescente y joven junto a la comunidad tanto a nivel de los servicios AIDAJ's como a nivel municipal.

El modelo consta de una lista de anexos donde se encuentran en detalle todas las herramientas e instrumentos para su implementación.

³ Las tres organizaciones se encuentran en una tercera etapa de financiamiento de la Fundación Española Anesvad para la consolidación y transferencia de experiencias exitosas en la temática de Salud Sexual y Salud Reproductiva con enfoque basado en derechos humanos.



I. INTRODUCCIÓN AL MODELO

1.1. Antecedentes y metodología

Como en la mayoría de los países, en la ciudad de El Alto, el acceso de la población joven a los servicios de salud sigue siendo insuficiente, en el caso de adolescentes estos(as) encuentran obstáculos legales, económicos, y ambientes hostiles, cuando solicitan servicios de salud sexual y reproductiva y deben enfrentar juicios de valor y desaprobación relacionados con la actividad sexual, por lo cual la actitud de prestadoras/es de servicios no garantiza la confidencialidad y el respeto a los derechos, más por el contrario el abordaje durante la consulta puede estar saturada de preconceptos, sobre la forma de vestir, el consumo de sustancias y la asociación a grupos sociales de riesgo.

El acceso a los servicios de salud además se ve afectado por políticas de financiamiento, características de los sistemas de salud, inherentes a la organización de los servicios en cuanto a horarios, equipamiento, barreras geográficas, culturales y proveedores/as de servicios que no han sido entrenados en la adquisición de habilidades que les permitan desenvolverse con flexibilidad ante usuarias/os jóvenes y brindarles atención con estándares de calidad.

El modelo que se propone, ha sido desarrollado a partir de la experiencia de las organizaciones del Asocio El Alto conformado por la Asociación Para la Prevención de Embarazos No Deseados (APPRENDE), el Centro de Multiservicios Educativos (CEMSE) y el Consejo de Salud Rural Andino (CSRA) que durante años han venido trabajando de manera sostenida temáticas que hacen a la educación y atención de la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes con la participación de maestras, maestros, madres y padres de las comunidades educativas, personal de salud y la comunidad en general en el marco de un enfoque de derechos y respondiendo a las políticas nacionales en el ámbito educativo y de salud, como se describe a continuación.

Asociación Para la Prevención de Embarazos No Deseados (APPRENDE - Bolivia), es una organización de desarrollo social, constituida en mayo de 2005, su objetivo institucional es contribuir a que niñas, niños, adolescentes y jóvenes bolivianos(as) y personas en edad reproductiva desarrollen sus conocimientos en temas de salud sexual y salud reproductiva, en un marco de inclusión, respeto a la diversidad cultural y equidad de género, brinda información, educación, comunicación y orientación con énfasis a niñas, niños, adolescentes, mujeres y hombres, con la finalidad de enseñarles que sexualidad se tendría que abordar desde pequeños; así mismo prevenir embarazos no planificados, infecciones de transmisión sexual, VIH-Sida y violencia sexual.

Su misión es fomentar una cultura preventiva en las y los bolivianas/os contribuyendo al ejercicio de una sexualidad responsable, sana y libre de riesgos, mediante diversas modalidades educativas.



El trabajo está enmarcado en seis programas que tiene: Incidencia social. Información y educación para el cambio social. Movilización social. Investigación -proyectos en temas relacionados a la Salud Sexual y Salud Reproductiva. Servicios y pasantías.

Estos programas permiten encaminar el trabajo cotidiano y cumplir los objetivos y la misión institucional; los cuales son fortalecidos con el apoyo comunicacional y la producción de materiales audiovisuales, impresos; series educativas etc. apropiado a las necesidades de la población boliviana.

APPRENDE trabaja en innovación educativa en Salud Sexual y Reproductiva, basada en el diálogo, con un enfoque de integración de género e interculturalidad, empleando herramientas didácticas metodológicas desarrolladas y validadas tras la experiencia ganada. Es así que se tiene experiencia en la elaboración de nuevos textos de métodos pedagógicos para el abordaje de la Sexualidad que respondan al currículo regionalizado con enfoque intercultural; se trabaja asimismo con autoridades municipales, quienes forman el Equipo de Gestión encargado de la planificación anual en educación sexual y la asignación de un presupuesto específico al iniciar la gestión para las capacitaciones a las y los maestros de la región. Estas acciones se apoyan con materiales educativos para que las y los maestros puedan utilizarlas en el aula.

A partir de la experiencia con las/los adolescentes y jóvenes basada en la prevención desde una mirada educativa es que se evidenció la demanda por una atención diferenciada, por este grupo. Es así que nos dimos la oportunidad incluir en nuestro trabajo la parte asistencial con el proyecto financiado por Anesvad en la gestión 2011 (primera fase), gestiones 2013-2014 (segunda fase) y 2015-2017 (tercera fase), donde se contrató médicas para que realicen acciones preventivo promocionales como también la atención diferenciada al adolescente, en los CRP Franz Tamayo y Vicente Lema Pizarroso, ambientes propios del GAMEA, para ello coordinamos con la Unidad de Juventud al mando de Dirección de Asuntos Generacionales del GAMEA ubicados en el Distrito 1 de El Alto, el trabajo fue integral en forma coordinada con diferentes instituciones (unidades educativas, personal de salud, SLIM, DNA, policía, farmacias, juntas escolares, juntas vecinales, COLOSAS, COMUSAS, ONGs, etc.), para poder coadyuvar en el cumplimiento del derecho a la salud de niñas/os y adolescentes.

Centro de Multiservicios Educativos (CEMSE). Obra social de la Compañía de Jesús en Bolivia, trabaja desde hace 30 años, con una visión de "Educación para el Desarrollo", vinculando la educación, la salud y la dinamización de economías locales en cada territorio. La experiencia institucional en la temática de Salud Sexual y Reproductiva inicia aproximadamente el año 1992 a través de sus diferentes programas, orientados por las inquietudes, necesidades e interrogantes de las y los estudiantes respecto a la sexualidad. A partir de esta experiencia el año 2002 se elabora una Propuesta de Diseño curricular para trabajar la Educación en la afectividad y sexualidad con el nivel secundario, que cuenta con materiales de apoyo como guías y módulos para maestras, maestros y estudiantes; la propuesta es aplicada en unidades educativas del municipio de La Paz.

En los años siguientes se ha continuado con la formación / capacitación de la comunidad educativa (maestros, maestras, estudiantes, padres / madres de familia)



en las temáticas de Salud Sexual y Reproductiva mediante talleres, charlas, sesiones educativas, apoyados con la producción de material educativo como cartillas, módulos de aprendizaje, guías metodológicas y otros dirigidos a las y los diferentes actores de la comunidad educativa.

A partir del año 2006 inicia con la prestación de servicios diferenciados a adolescentes y jóvenes, partiendo por acciones educativas en un espacio denominado "Aula génesis" donde los jóvenes accedían a información y orientación en afectividad y sexualidad, posteriormente a demanda de los mismos adolescentes y jóvenes estas prestaciones fueron aumentando con consultas psicológicas y médicas. El año 2013 con el apoyo de la Fundación Anesvad se implementa dos centros AIDAJ en el municipio de El Alto en los distritos 5 y 6 respectivamente, en infraestructuras de los Centros de Recursos Pedagógicos (CRPs) Túpac Amaru y Vicente Donoso en coordinación con la Unidad de Juventudes de la Dirección de Asuntos Generacionales del GAMEA, desde entonces estos centros funcionan prestando servicios integrales y diferenciados a adolescentes y jóvenes con el objetivo de mejorar su calidad de vida y contribuir a la reducción del embarazo en adolescentes y jóvenes, favoreciendo el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial con activa participación de la población adolescente y joven y la comunidad en general.

El Consejo de Salud Rural Andino (CSRA) inició sus actividades en la zona de Senkata, parte del Distrito Municipal 8, en el año 2003 a invitación de sus Juntas Vecinales. Hasta la fecha ha implementado varios proyectos sobre todo relacionados con la atención Primaria en Salud que han logrado mejorar las condiciones de salud de la población del Distrito.

De noviembre 2006 a agosto 2007 implementó un proyecto de construcción del Centro de Salud Senkata 79, financiado por la Fundación Anesvad de España. Las obras de construcción consistieron en la ampliación de los ambientes de consultorio e internación para la atención de maternidad y atención al menor de 5 años.

El CSRA ha estado trabajando alineado a las políticas nacionales vigentes en salud y en co-gestión con las autoridades locales de salud y vecinales con quienes promueve planes orientados a la co-responsabilidad y políticas locales de género, impulsando la participación activa de mujeres en espacios de decisión. Apoya directamente al trabajo de los establecimientos de salud públicos por lo que mantiene relaciones cercanas con la Gerencia de la Red de Salud Senkata, las Juntas vecinales, las Juntas Escolares, entre otras organizaciones.

Entre los años 2011 y 2015 el CSRA ha estado implementando en el distrito 8 proyectos⁴ en 22 unidades educativas para impulsar el protagonismo de adolescentes, trabajando en mejorar las capacidades para el cuidado de su Salud Sexual y Salud Reproductiva, con énfasis en la disminución de embarazos en adolescentes y proyectos de vida. En este trabajo se aplican principios de comunicación de pares, desviación

⁴ Entre los financiadores estuvieron la Fundación Anesvad, Action Medeor y Conexión. Para los años 2016 y 2017 la fundación Anesvad financia el proceso de consolidación y transferencia



positiva y una Estrategia de Comunicación que incluye: Entretenimiento / Habilidades Sociales para la Vida/Promoción de acciones integrales, intersectoriales.

Los resultados de la evaluación externa realizada a la conclusión de la última intervención fueron muy importantes para el incremento de la accesibilidad, aceptabilidad y calidad de servicios integrales que atiende la Salud Sexual y Salud Reproductiva de mujeres en edad fértil (12 a 49 años de edad) en los distritos 8 y 10 del municipio de El Alto en Bolivia. En este sentido, el Servicio de Atención Integral Diferenciada a Adolescentes y Jóvenes en el Distrito 8, ubicado en terrenos del Hospital Boliviano Japonés ha sido destacado con todos sus procesos y procedimientos mostrando buenos resultados en satisfacción de los usuarios/as por el funcionamiento de su programa de calidad.

Actualmente las tres organizaciones, con el financiamiento de la Fundación Anesvad⁵ continúan trabajando de manera conjunta la fase de consolidación y transferencia de las experiencias desarrolladas y capacidades adquiridas con la intención de que sean consideradas y replicadas en espacios e instancias de la comunidad, del Municipio y del Estado.

Para ello se ha sistematizado todos los procesos, procedimientos y aprendizajes para el funcionamiento de servicios de salud de Atención Integral y Diferenciada para Adolescentes y Jóvenes (AIDAJ). El CSRA ha logrado el funcionamiento de un servicio en dependencia de un hospital en transición a nivel II en el área de Senkata (distrito 8), mientras CEMSE y APRENDE han logrado el funcionamiento de estos servicios en los espacios de Centros de Recursos Pedagógicos (CRPs) del Municipio.

Ambas experiencias forman parte del actual Modelo de Atención Integral y Diferenciada propuesto para un contexto de la ciudad de El Alto y en el marco de las normativas de salud y legales vigentes en Bolivia.

II. EL MODELO Y SU IMPLEMENTACIÓN

2.1. Descripción del problema

Bolivia es un país con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) medio, ocupando el puesto 113 de 187 países. Si bien entre los años 2006-2007 el IDH de Bolivia se incrementó levemente de 0,692 a 0,695 por ciento, el país aún se sitúa en posición de desventaja en la región de las Américas solamente superando a Guatemala y Haití⁶.

En Bolivia, entre los años 2005 y 2013 la pobreza extrema ha reducido en 19,4 puntos porcentuales (desde 38,2% hasta 18,8%). Esta disminución determinó que en el 2013 aproximadamente 1,9 millones de personas se encontraran en situación de extrema pobreza. Los porcentajes de pobreza extrema de Bolivia son notablemente superiores a los de América Latina (11,7%).

⁵ Agencia Española de Cooperación Internacional

⁶ Índice de Desarrollo Humano. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Marzo 2014



La pobreza en Bolivia, tradicionalmente se ha presentado en las zonas rurales y la población indígena del país. Sin embargo, desde principios de los ochenta se comenzó a observar el establecimiento de cordones de pobreza alrededor de las ciudades capitales más importantes, cordones compuestos fundamentalmente por población migrante indígena del área rural y de ciudades con menores capacidades económicas. En este sentido, en el área urbana, la pobreza extrema subió en 1,4 puntos porcentuales. El año 2011, la población extremadamente pobre alcanzaba a 10,8%, mientras que en 2012 subió a 12,2%, según datos de (UDAPE)⁷.

Planificación Familiar: A nivel nacional existen brechas entre el conocimiento y acceso a métodos anticonceptivos, entre hombres y mujeres. De manera global se establece que un 89% de hombres y mujeres consultadas conocían algún método, en tanto que un 31,4% de mujeres y un 41,9% de hombres hacían uso de ellos. Respecto al número de hijos deseados y tenidos, se tienen diferencias sustanciales: mientras las mujeres, en promedio desean tener 2,5 hijos, efectivamente tienen 4,2⁸. La posibilidad de espaciar y limitar los nacimientos podría aumentar la autonomía de la mujer y permitiría que tanto hombres como mujeres, tengan mayor control sobre sus vidas.

Adicionalmente, el uso de anticonceptivos podría contribuir a la disminución de la mortalidad infantil y materna así como la causada por la transmisión del VIH/SIDA. Si bien en Bolivia, se observa una baja en la fecundidad, muchas mujeres que no usan anticonceptivos preferirían prevenir un embarazo futuro pero no utilizan los métodos. Esto puede deberse a una gran variedad de razones como por ejemplo, muchas mujeres se dejan persuadir por la falta de aprobación de sus maridos para el uso, debido a razones culturales o por la presión familiar de tener más hijos, algunas mujeres le temen a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos. Asimismo, existen dificultades de información y personal para conseguir los métodos; todo lo cual limita el acceso a la planificación familiar.

VIH/SIDA: Las mujeres representan el 26% de los adultos infectados con esta condición en el país. Entre los jóvenes, las del sexo femenino representan el 35%. Desde 1998 el crecimiento se observa más aceleradamente entre las mujeres menores de 24 años, superando al crecimiento de infección de los varones en este grupo de edad⁹. Esta epidemia ha hecho mella en la vida de muchas mujeres, especialmente en aquellas cuya dependencia económica en el hombre, y condición social desfavorecida las privan de la fuerza necesaria para rechazar conductas de alto riesgo o negociar la adopción de medidas de prevención.

Salud Materna: A nivel nacional el 56% de las mujeres fueron atendidas por médico en su último parto y 33,1% de las mujeres de 15 a 49 años presentaban anemia¹⁰. La mortalidad materna alcanza a una cifra que constituye una de las más elevadas del continente, siendo principalmente relacionada con problemas evitables en el embarazo,

⁷ Informe Fundación Jubileo, Abril 2014, Bolivia

⁸ Instituto Nacional de Estadística. 2004

⁹ Programa Nacional ITS/SIDA. MSD, 2002

¹⁰ Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2003



parto y puerperio. Según estimaciones de la OMS, a nivel mundial el 13% de las muertes maternas son el resultado de complicaciones del aborto.

A nivel nacional y más específicamente en la ciudad de El Alto, el aborto es un problema prevalente sobre todo en la población adolescente, 25%¹¹. Además, existe una estrecha correspondencia entre las muertes maternas y la presencia y calidad de los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio; así como también, una relación entre la muerte materna y la decisión de la mujer de concurrir al servicio¹² (esta guía será considerada para el modelo de atención diferenciada al y la adolescente y joven con el Gobierno Municipal de El Alto considerando aspectos como presupuesto público sensible a la temática de género, identificación de factores que dependen del servidor público de salud y de la mujer para lograr un servicio con calidad técnica, humana y ambiental, generación de participación y corresponsabilidad de organizaciones sociales, entre otros).

Las mujeres a menudo tienen dificultades sobre el control para tomar sus decisiones ya que los roles de género socialmente construidos le asignan un papel de subordinación respecto al varón de la familia. Muchas mujeres esperan la decisión de la pareja para concurrir al control prenatal y de puerperio. Esto es un aspecto que se presenta muy frecuentemente en El Alto.

Violencia contra la mujer: Siete de cada 10 mujeres sufren algún tipo de violencia en sus hogares. En un 75% tiende a ser repetitiva y no suele ser denunciada por la víctima¹³. De las denuncias recibidas en la Brigada de Protección a la Familia (Policía Nacional), por violencia en el hogar, el 86% de las víctimas son mujeres. Del total de denuncias registradas sobre violencia familiar, el departamento que registra el promedio anual mayor es el departamento de La Paz con 7563 casos seguido de Santa Cruz y Cochabamba con 6703 y 6460 casos respectivamente¹⁴. Es una constatación permanente que la violencia que se ejerce hacia las mujeres tiene repercusiones en su salud física y psicológica, con efectos perversos sobre su autoestima, en su calidad de vida y; en su entorno familiar y social. La violencia, por el número de víctimas y las secuelas que produce, por la proporción creciente de mortalidad general y discapacidades, por su carácter endémico; constituye un serio problema de salud pública.

La morbilidad relacionada con la violencia, además que congestiona los servicios de salud, aumenta los costos globales de atención, y puede afectar la calidad y cobertura. Al elevar sustancialmente la demanda de servicios, obliga a asignar recursos adicionales o a utilizar parte de los asignados a la prevención y atención básica de salud, a la nueva demanda inducida por hechos violentos. Las actuales políticas

¹¹ Estudio de Embarazo en Adolescentes en cuatro hospitales Materno Infantiles de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz/Ministerio de Salud y Deportes –UNFPA; La Paz –Bolivia, 2011.

¹² Servicio de Salud con Enfoque de Género en el marco de la atención primaria de salud: Guía para el desarrollo de un modelo de intervención. Gobierno Municipal de La Paz, Prefectura de La Paz. La Paz: OPS/OMS, 2004

¹³ Centro de Información y Desarrollo de la Mujer (CIDEM). Bolivia 2008

¹⁴ Brigadas de Protección a la Familia. Sistema de Información para la Vigilancia desde una Perspectiva de Género – CIDEM, 2005 (promedio de denuncias a partir de datos de los años 2000-2004)



gubernamentales nacionales y municipales en El Alto muestran un avance importante en temas de protección a la mujer y de manera más general a la familia. Al 2009 en la ciudad de El Alto se han conformado Servicios Legales Integrales Municipales (SLIM), conformados en los distritos 3,5 y 6, constituidos por un equipo profesional multidisciplinario para la atención de las mujeres que sufren violencia.

En un estudio cualitativo fue recientemente llevado a cabo con apoyo de la Dirección de Género y Gestión Social de la alcaldía de El Alto, los resultados de entrevistas a mujeres del Distrito 8 muestran lo siguiente: No conocen sus derechos, han mencionado que no denuncian sobre la violencia por temor a la desintegración de su familia; perciben mucha discriminación por ser mujer, no tienen organización de mujeres, tienen miedo a hablar y participar en público¹⁵.

Al respecto, el 2011 la Defensoría de la Niñez de la ciudad de El Alto, atendió 5.021 casos de violencia (10 a 19 años). Entre enero y marzo del 2013 se tuvieron reportados 1.272 casos de violencia, de los cuales 552 fueron por maltrato, 525 por abandono y 196 por violación, en los mismos grupos etarios. Estos datos reflejan el alto grado de vulneración de derechos que sufren niños, niñas y adolescentes (Defensoría de la Niñez y Adolescencia-El Alto 2013).

El año 2011, el Gobierno Autónomo Municipal de la ciudad de El Alto realizó una encuesta a 4.000 jóvenes de entre 13 y 18 años de edad, de los/as cuales 3.000 pertenecían a colegios y 1.000 eran independientes. La encuesta reveló 1.642 casos de mujeres que estaban o estuvieron embarazadas alguna vez, de las cuales 600 (36,5%) quedaron embarazadas luego de haber consumido bebidas alcohólicas y 400 (24%) concibieron producto de una violación, ya sea porque el agresor estaba ebrio o porque ellas fueron forzadas a tener relaciones coitales tras haber ingerido bebidas alcohólicas. Además, las cifras revelan que 330 (21%) se embarazaron al tener relaciones sexuales por "experimentar" y 200 (12%) porque querían formar hogares jóvenes, y 112 indicaron que querían ser madres (6,5%).

El estudio encuentra como un problema trascendental que afecta a los/as adolescentes y jóvenes alteños, el alto consumo de bebidas alcohólicas y drogas, lo cual sucede por los siguientes factores: 1) el acceso a bares que funcionan incluso las 24 horas y a puertas cerradas, 2) la facilidad para comprar bebidas alcohólicas y drogas en tiendas y puertas de colegios, y 3) la disgregación y disfunción familiar (GAMEA 2012).

2.2. Marco legal

A nivel nacional la atención de adolescente y joven se fortalece y cobra real vigencia tras la promulgación de la Ley de Juventudes, (5 de febrero del 2013, Ley 342) que establece que la "gente joven" (incluido adolescentes), debe recibir atención en establecimientos de salud, que se inscribe en el contexto de la promoción y la prevención de la salud, incentivando la participación de adolescentes y jóvenes, fomento hábitos de vida sana y procurando que cada consulta promueva el ejercicio

¹⁵ Plan Estratégico de la Dirección de Género y Gestión Social del Gobierno Municipal 8. 2010.



de derechos, de manera que cada contacto se constituya para ellos/ellas en una experiencia que refuerce el proceso de toma de decisiones, la capacidad de juicio autocrítico, la autonomía y autocuidado de la salud.

A continuación se presentan los artículos que sirven de base para la implementación de Servicios de Salud Integrales y Diferenciados para Adolescentes y jóvenes (Sección IV de la Ley de Juventudes, Salud, Educación, Deporte y Cultura):

Artículo 37°.- (Salud) El nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias, deberán promover políticas en el ámbito de la salud, estableciendo:

1. La oportuna, efectiva y accesible atención de la salud, garantizando la atención integral y diferenciada para las jóvenes y los jóvenes.
2. El acceso a un seguro de salud universal para las jóvenes y los jóvenes.
3. Programas de investigación en salud, prevención y tratamiento de enfermedades con incidencia en la población juvenil.
4. Prevención, sanción y erradicación de todas las formas y prácticas de violencia, maltrato, discriminación en los servicios de salud pública y privada.
5. El acceso a la atención médica de forma oportuna, prioritaria, con calidad y calidez a las jóvenes y los jóvenes que se encuentran en situación de vulnerabilidad o riesgo de vida.
6. La protección integral a las jóvenes y los jóvenes en situación de vulnerabilidad, discapacidad, enfermedades e infecciones, así como a las víctimas de trata y tráfico de personas.

Artículo 38°.- (Educación para la sexualidad y salud reproductiva)

El nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, de acuerdo a sus competencias, desarrollarán políticas de educación para la sexualidad responsable en todos los niveles educativos, centros de salud pública y privada, en forma gratuita para las jóvenes y los jóvenes.

El Estado garantizará a las jóvenes y los jóvenes su derecho a ser informados y educados en salud sexual y salud reproductiva, para mantener una maternidad y paternidad responsable, sana y sin riesgos.

Artículo 40°.- (Información de servicios de salud)

El Estado, con el apoyo de la sociedad y la familia, proporcionará a las jóvenes y los jóvenes, a través de las instituciones públicas de salud, la información oportuna y veraz para el acceso a servicios de salud y otros recursos necesarios para el desarrollo de programas de prevención, curación y rehabilitación, destinados a combatir enfermedades por transmisión sexual y otras de alto costo y riesgo.

Así mismo el Código Niño, Niña y Adolescente (Ley 548, 17 de Julio de 2014) promueve el derecho a la Salud Integral de estos grupos etarios, garantizando una atención Integral de Calidad. A continuación se mencionan artículos relevantes:

CAPÍTULO I DERECHO A LA VIDA, A LA SALUD Y AL MEDIO AMBIENTE

Artículo 18. (Derecho a la Salud). Las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a un bienestar completo, físico, mental y social. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud



gratuitos y de calidad para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud.

Artículo 19. (Acceso Universal a la Salud). El Estado a través de los servicios públicos y privados de salud, asegurará a niñas, niños y adolescentes el acceso a la atención permanente sin discriminación, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, habilitación, rehabilitación y recuperación en los diferentes niveles de atención.

Artículo 20. (Responsabilidad). La madre y el padre, guardadora o guardador, tutora o tutor, son los garantes inmediatos del derecho a la salud de sus hijas e hijos. En consecuencia están obligados a cumplir las instrucciones y controles médicos que se prescriban.

Artículo 21. (Atención Médica de Emergencia).

I. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir atención médica de emergencia. Los centros y servicios de salud pública, están obligados al cumplimiento de esta norma de forma inmediata en casos de emergencia.

II. Los centros y servicios de salud privados, deben prestar atención médica inmediata a las niñas, niños y adolescentes, cuando la ausencia de atención médica o derivación de la o el afectado a otro centro o servicio de salud, implique peligro inminente de su vida o daños graves a su salud.

III. En los casos previstos en los párrafos anteriores, queda prohibido negar la atención de la niña, niño y adolescente, alegando razones de ausencia de los padres o representantes, carencia de documentos de identidad o de recursos económicos.

IV. El incumplimiento de este derecho constituye una infracción que será sancionada conforme a lo establecido en el presente Código.

Artículo 22. (Derecho a la Salud Sexual y reproductiva).

I. El Estado en todos sus niveles, garantiza el desarrollo, procesos de información, sensibilización y capacitación relacionados a los derechos sexuales, derechos reproductivos, sexualidad integral, la provisión de servicios de asesoría, así como la atención y acceso a insumos para el cuidado de la salud reproductiva, mediante servicios diferenciados.

II. Las niñas, niños y adolescentes, de acuerdo a su desarrollo físico y psicológico, tienen derecho a recibir información y educación para la sexualidad y para la salud sexual y reproductiva, en forma prioritaria por su padre y por su madre, guardadora o guardador y tutora o tutor, y dentro del sistema educativo.

Artículo 23. (Acciones para la Prevención del embarazo adolescente).

I. El Ministerio de Salud, en coordinación con las Entidades Territoriales Autónomas, implementará acciones en base a lineamientos de la Política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural.

II. El Ministerio de Salud fijará cada cinco (5) años, un índice de embarazo adolescente aplicable a todo el territorio nacional, mismo que será monitoreado anualmente.

III. Las Entidades Territoriales Autónomas que tengan un índice de embarazo en adolescentes por encima del fijado por el Ministerio de Salud, deberán realizar acciones diferenciadas y podrán realizar las reasignaciones presupuestarias necesarias para la disminución de este índice.

Artículo 24. (Protección a la Maternidad). Corresponde al Estado en todos sus niveles, proteger la maternidad garantizando el acceso a:



c) En caso de la niña o adolescente embarazada se priorizará la prestación de servicios de apoyo psicológico y social, durante el período de gestación, parto y post-parto;

Artículo 25. (Obligación de los Establecimientos De Salud).

e) Brindar consejería eficaz a las adolescentes para promover toma de decisiones informada;

f) Brindar un servicio respetuoso, no revictimizador a las madres adolescentes víctimas de violencia sexual;

Artículo 28. (Programas de Prevención en salud integral).

I. El Estado en todos sus niveles, garantizará los recursos necesarios para el desarrollo e implementación de programas universales y gratuitos de promoción de conductas y espacios saludables a nivel familiar y comunitario, así como de prevención en salud integral dirigidos a las niñas, niños o adolescentes, con énfasis en enfermedades prevenibles por vacunas, enfermedades endémicas, epidémicas, pandémicas, infecciosas y con especial atención al VIH/SIDA.

Plan Plurinacional de Prevención de Embarazo Adolescente y Jóvenes 2015 – 2020 (PPPEAJ) cuyo objetivo es contribuir en la reducción del embarazo en adolescentes y jóvenes, favoreciendo el ejercicio de los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos, a través de acciones preventivo-promocionales, mediante el fortalecimiento institucional de los servicios de educación, justicia y salud, en un marco de coordinación interinstitucional e intersectorial con activa participación de la población adolescente, joven y de la sociedad civil.

El Plan consta de 6 pilares:

Pilar 1: Revolución ciudadanía para la participación política de adolescentes y jóvenes

Pilar 2: Revolución económica productiva y laboral

Pilar 3: Revolución para la educación en derechos sexuales y derechos reproductivos (sexualidad integral)

Pilar 4: Revolución para un servicio de salud diferencia y de calidad

Pilar 5: Revolución para una vida libre violencia (respuesta sistemática a la violencia)

Pilar 6: Revolución institucional para políticas públicas integrales (fortalecimiento institucional)

2.3. Modelo Municipal de Salud de Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes.

El "Modelo de Atención" se define como **"Un Servicio donde adolescentes y jóvenes encuentran oportunidades de salud, cualquiera sea su demanda, (bio-psico-social) agradables para ellos / ellas y sus familias, por el vínculo que**



se establece con el proveedor de salud y por la integralidad y calidad de sus intervenciones”, enfatizándose en algunos aspectos como:

- ✓ La atención se centra en el/la adolescente y joven, basada en un enfoque bio-psico-social.
- ✓ Potencia las fortalezas de adolescentes y jóvenes
- ✓ La atención es brindada por un equipo de profesionales de distintas disciplinas construyendo procesos de Interdisciplinariedad e Intersectorialidad.
- ✓ Promoción de “estilos de vida saludables”.
- ✓ Prioriza la prevención de probables riesgos.
- ✓ Acciones para la vigilancia de factores de riesgo de la salud integral de adolescentes y jóvenes.
- ✓ La participación activa de adolescentes y jóvenes, es vital en todos los procesos.
- ✓ Involucra no sólo a la familia sino también a actores sociales existentes.
- ✓ Se efectúa no solo en los servicios tradicionales de salud, sino también, en los ámbitos donde las y los adolescentes habitan, estudian, trabajan o se recrean.
- ✓ Se sustenta en políticas públicas.

El servicio de salud para adolescentes y jóvenes debe constituirse como una “forma” de concebir la actividad diaria al interior de los servicios de atención en salud. Esta “forma” orienta la organización y prestación de servicios de salud para la población, (entre los 10 y 19 años, en el caso de servicios para adolescentes y 20 a 25 años para la población joven) y promueve su vinculación y participación para favorecer la prevención de problemas frecuentes en esta etapa evolutiva (preventivo – promocional).

Este tipo de servicios debe partir de la identificación y satisfacción de las necesidades de las personas adolescentes y jóvenes en el ámbito de la salud integral, con énfasis en la salud sexual y reproductiva y promover alternativas novedosas y adaptadas a su realidad. Es importante ofrecer otros servicios que los adolescentes y jóvenes requieren para lograr mantenerlos como usuarios/as continuos/as, como ser una red de referencia y contrareferencia funcionando con servicios integrales y promoviendo un enfoque de trabajo interinstitucional e intersectorial.

Principios de la Atención Integral y Diferenciada¹⁶

- **Universalidad.** Garantizar a la población adolescente el acceso a servicios de salud, según sus necesidades específicas, independientemente de su condición económica, social y cultural.
- **Integralidad.** Implica el derecho de los y las adolescentes a ser respetados como personas y ser atendidos integralmente en su salud y desarrollo (Ley de

¹⁶ Ministerio de Salud y Deportes – UNFPA. Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes. Serie: Documentos Técnico-Normativos. Bolivia, 2013. Estándar: Adj. Que sirve como tipo, modelo, norma, patrón, o referencia.



Juventudes. Artículo N°37 Salud); es decir, en sus múltiples dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural, económica e íntimamente relacionadas con el ambiente y su entorno. El concepto de salud integral debe incorporar acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, utilizando como eje el crecimiento y desarrollo y la sexualidad como parte indispensable de su vida e identidad.

- **Confidencialidad.** La atención a los y las adolescentes debe respetar su derecho a la privacidad y confidencialidad como garantía de calidad de la atención.
- **Participación social de los y las adolescentes y jóvenes.** Los y las adolescentes y jóvenes deben ser sujeto y objeto de las acciones de salud, abriendo espacios para su incorporación activa y protagónica en los procesos de planificación, ejecución y evaluación, y reconociéndoles su capacidad de participar en la toma de decisiones. (Ley de Juventudes. Art. 26, Participación Política)
- **Interdisciplinaridad.** Los y las integrantes de diversas disciplinas interactúan, cambiando el foco de atención centrado en la disciplina misma, para visualizar a los y las adolescentes y jóvenes de manera integral sin límites disciplinarios.
- **Intersectorialidad.** El abordaje de adolescentes y jóvenes debe acompañarse de acciones coordinadas y coherentes con otros sectores e instituciones vinculados a la salud y el desarrollo de la población juvenil; incluyendo organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, de la sociedad civil, de base comunitaria y grupos de jóvenes.
- **Calidad.** Se reconoce a las y los adolescentes como sujetos que merecen recibir una atención oportuna con personal capacitado, con tecnología apropiada y con los insumos necesarios para la promoción, protección y recuperación de su salud

Estándares de la Atención Integral y Diferenciada

Este Modelo de salud para adolescentes está enmarcado en las políticas del Estado Plurinacional de Bolivia, constituido por 5 (cinco) estándares¹⁷, que permiten una atención integral basada en el fortalecimiento de habilidades personales, familiares y comunitarias:

- **Personal sensibilizado y capacitado en AIDAJ.** El personal de salud debe priorizar la visión y la atención de las personas antes que a los procedimientos, en la misma se articulan emociones, pensamientos y conductas, antes que signos y síntomas, haciendo del espacio de salud un espacio que estimule las

¹⁷ Ministerio de Salud y Deportes – UNFPA. Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes. (id. Referencia 12).



habilidades cognitivas, sociales y de manejo afectivo. Es en éste espacio donde se brinda información, orientación y se interactúa con los y las adolescentes y jóvenes.¹⁸

Las entidades prestadoras de servicios de salud, son garantes del derecho a la salud de la población que acude y solicita el servicio; en esta medida todas las personas involucradas en la entrega de servicios, deberán poseer o desarrollar ciertas competencias para actuar como garantes de ese derecho. Si a esto se agrega que: en el campo de la SS y SR existen mitos, creencias, factores culturales y sociales que hacen que el tema siga siendo tabú para la población, es fácil comprender que las personas dedicadas a la entrega de servicios de SS y SR principalmente, así como la atención de otras demandas, deben tener características y competencias particulares, por lo que las instituciones de salud deben desarrollar procesos innovadores para mantenerlas a la altura de las necesidades, de éstos grupos etarios.

- **Sistemas de registros:**

Los servicios de AIDAJ deben contar con un "sistema de registros", que documente la atención en servicios: N° consultas nuevas y repetidas, N° de consultas en SS y SR, consultas de orientación y de registro y seguimiento de usuarias/os que sufren violencia, enfermedades crónicas, hábitos no saludables, mala alimentación, salud oral, salud mental y capacidades diferentes. Así como las actividades realizadas dentro del servicio y fuera de él, en la comunidad, y las actividades realizadas por los/las adolescentes.

- **Actividades preventivo promocionales**

En el servicio de salud, el personal debe realizar actividades educativas para las/os usuarias/os del servicio, en la sala de espera o en el consultorio, la temática que se trata esta referida a enfermedades prevalentes, autocuidado, proyecto de vida, etc.

Así mismo el servicio debe realizar acciones de extensión comunitaria, en colegios aledaños o espacios de concentración de adolescentes y jóvenes como clubs o grupos barriales, estas actividades también se deben efectuar con líderes adolescentes, para generar acciones preventivas entre pares.

- **Redes Sociales**

Las redes sociales son el componente operativo de la SAFCI¹⁹, que se construye a partir de las organizaciones sociales, gubernamentales y no gubernamentales con el objetivo de coadyuvar en la mejora de la salud integral juvenil, la familia

¹⁸ Ministerio de Salud y Deportes – UNFPA. Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes. (id. Referencia 12).

¹⁹ Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Promoción de la Salud. Salud Familiar Comunitaria Intercultural: documento técnico-estratégico. Bolivia. 2013.



y la comunidad, a través de acciones preventiva – promocionales, involucrando a los líderes adolescentes y jóvenes en estas instancias.²⁰

Por otro lado, utilizar la tecnología, para la atención de urgencias de población adolescente y joven, con el apoyo de profesionales de diferentes ramas involucrados en la atención de salud integral.

- Pares adolescentes

Al contar con líderes adolescentes y jóvenes el servicio es inclusivo, promueve el empoderamiento de ellas/os en sus derechos, su responsabilidad intergeneracional, y fortalece sus habilidades de liderazgo y de desarrollo comunitario. Sus actividades están dirigidas al desarrollo de actividades preventivo promocionales, con sus pares. (Ley de Juventudes. Art. 27 Formación y Promoción de Liderazgos)

Este componente se constituye en uno de los factores clave del éxito del servicio, por cuanto incluye a adolescentes y jóvenes, grupos aliados de la comunidad y grupos socialmente organizados. El rol que estos actores desempeñen, así como su empoderamiento frente al servicio, son un paso importante para la sostenibilidad del mismo; y tiene su soporte normativo en la Ley de Juventudes, que establece la participación de ellas/os en instancias decisorias, con voz y voto, por tanto en los CAIs de salud, su participación es importante (Sujetos de derecho).

Características para la calidad de la atención diferenciada

Existen ciertas características que debe cumplir el Servicio de Salud Integral y Diferenciado para adolescentes y jóvenes, con la finalidad de garantizar la calidad de atención.

CARACTERISTICAS	ALTERNATIVAS PARA LOGRARLO
Accesibles geográficamente	Ubicados en los tres niveles de atención, en servicios públicos y privados, con medios de transporte seguros, adecuada iluminación y seguros.
Accesibles en horarios	Horarios flexibles, acorde a las necesidades de adolescentes y jóvenes.
Accesibles económicamente	Servicios gratuitos o de bajos costos.
Accesibles culturalmente	Adaptados al contexto intercultural (rural/urbano) construyendo estrategias de manera consensuada para eliminar barreras culturales.

²⁰ Ministerio de Salud y Deportes – UNFPA. Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes. Serie: Documentos Técnico-Normativos. Bolivia, 2013.



CARACTERISTICAS	ALTERNATIVAS PARA LOGRARLO
Confidenciales	Normas claras de privacidad y confidencialidad para adolescentes y jóvenes y sus familias.
Intersectoriales	Articulados a una red de servicios e instituciones de la comunidad para brindar atención biopsicosocial al adolescente y joven, aprovechando espacios como Unidades Educativas (U.E.), clubes, grupos juveniles, religiosas, programas de empleo, recreación, etc.
Sustentables	Búsqueda de recursos que faciliten la continuación de los servicios en el tiempo. Con propuestas auto gestionadas en la comunidad y redes sociales; y articulados con proyectos preventivos ya implementados
Con buen trato y promoción de estrategias de protección y equidad	Con el ejercicio de la empatía, transparencia, congruencia, y la plena aceptación positiva e incondicional que implica profundo respeto por sus sentires, pensares y sus experiencias, en el trato.
Con oferta de orientación y consejería	Personal de salud y grupos de líderes que brindan orientación sobre temas de interés para adolescentes y jóvenes; y disponibilidad de material educativo.
Ambiente adecuado	Servicio señalizado, privado y que reúna todas las condiciones de atención, incluida la actitud positiva del personal.

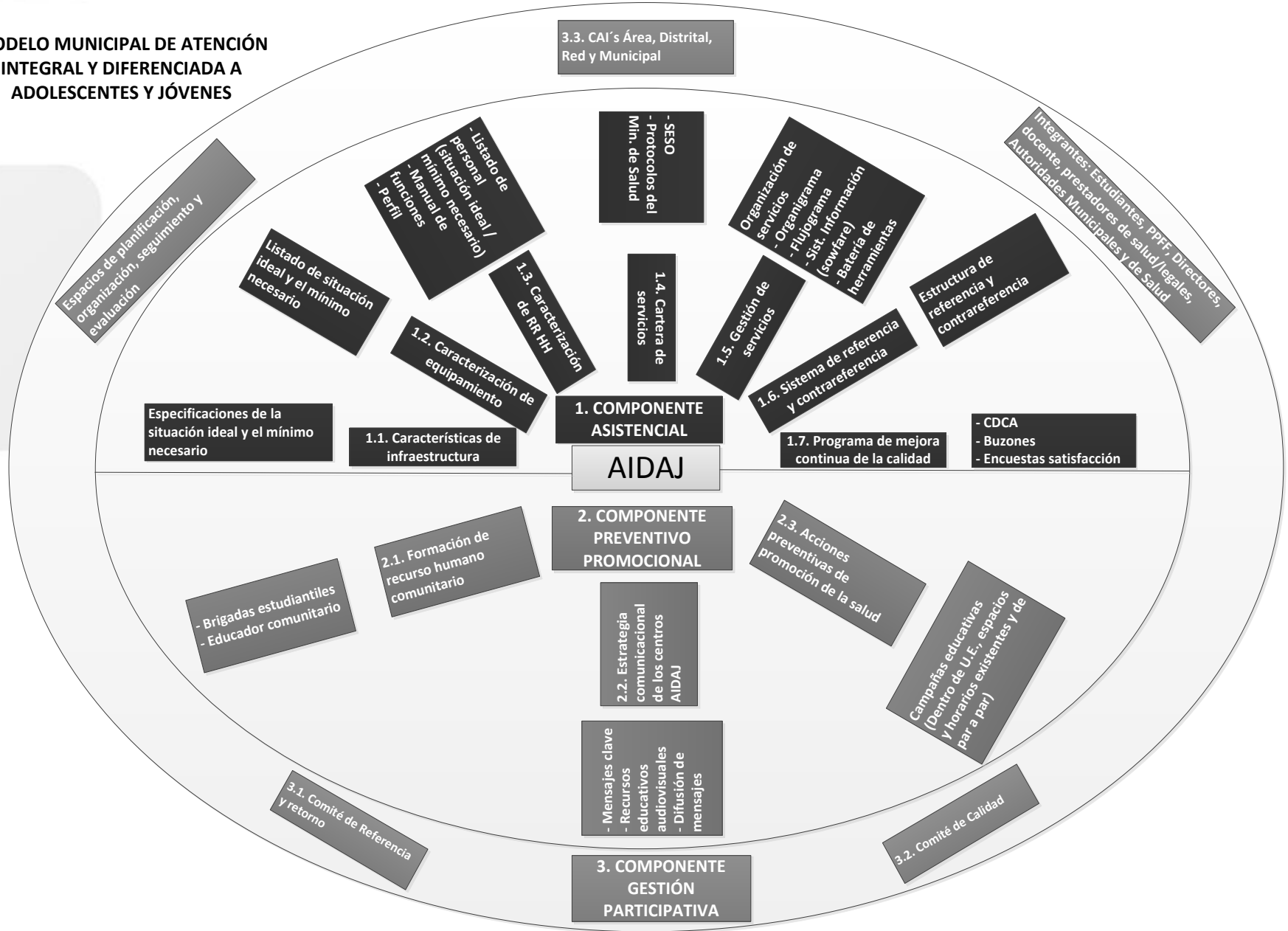
Fuente: Guía Nacional para la atención Integral y diferenciada de Adolescentes y Jóvenes.

2.3.1. Componentes del Modelo:

Este Modelo de salud para adolescentes está enmarcado en las políticas del Estado Plurinacional, constituido por 3 (tres) componentes que permiten una atención integral basada en el fortalecimiento de habilidades personales, familiares y comunitarias, así como el desarrollo y empoderamiento de adolescentes y jóvenes:



MODELO MUNICIPAL DE ATENCIÓN INTEGRAL Y DIFERENCIADA A ADOLESCENTES Y JÓVENES



A. Componente Asistencial:

Este componente está dirigido a la atención de la salud de adolescentes y jóvenes desde un enfoque multidimensional (bio-psico-social), ofertando intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de manera integrada y continua, orientando la atención a los aspectos físicos, nutricionales, psicosociales, su sexualidad e identificar riesgos priorizados en esta población.

Para lograr cumplir todos estos aspectos, es necesario organizar un Sistema de Salud que garantice el cuidado integral de su salud, bajo estándares de calidad, que aseguren una atención integral óptima.

a) Infraestructura

Es importante que los servicios de atención para adolescentes y jóvenes cuenten con una infraestructura adecuada y suficiente, que permita ofrecer confidencialidad a la hora de la atención, además de espacios para la orientación y capacitación.

En el (Anexo 1: Características del Centro AIDAJ – A. Infraestructura) se muestra la infraestructura ideal que asegura la calidad del servicio, cuyas características dimensionales y de distribución deben estar acorde a la caracterización para servicios de nivel I del Ministerio de Salud. Sin embargo también se expone la infraestructura mínima indispensable para iniciar el trabajo. Con el tiempo y la demanda de servicios ésta puede ir ampliándose.

También es denominado espacio físico, es preciso que tenga las siguientes características:

- ✓ La atención se debe ofertar en un espacio destinado exclusivamente para la atención de adolescentes, garantizando la privacidad, por lo cual no debe ser compartido en la atención de niños/as y adultos.
- ✓ La atención debe brindarse cara a cara entre el adolescente o joven y quien lo atiende, estableciendo una comunicación fluida.
- ✓ La sala de espera debe ser exclusiva para adolescentes, decorada por ellos /as con el mobiliario necesario para que los/las adolescentes se sientan cómodos y cómodas.
- ✓ Las instalaciones deben contar con la iluminación y la ventilación necesaria y servicios sanitarios.
- ✓ Disponer de un espacio adecuado para realizar terapia de familia, trabajo en grupo y actividades educativas y de promoción.

b) Equipamiento

El equipamiento es importante, ya que permite fortalecer y mejorar la calidad de la atención, estos se dividen en:

- ✓ Mobiliario
- ✓ Instrumental



✓ Equipos

En (Anexo 1: Características del Centro AIDAJ – B. Equipamiento), se detalla, como en el acápite anterior la cantidad mínima necesaria para iniciar la implementación, así mismo el número óptimo de equipamiento que asegura la calidad.

c) Recursos humanos.

La atención en el primer nivel se caracteriza por enfatizar la promoción de la salud, la participación social, la prevención de enfermedades, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de problemas comunes de salud de adolescentes y jóvenes, utilizando el sistema de referencia y contrareferencia.

Un servicio de Atención Integral requiere de un personal mínimo para su funcionamiento, que asegure la atención, sin embargo para lograr la integralidad necesaria, los servicios deben lograr alcanzar con el tiempo y la demanda, el número necesario de RRHH, con lo que la calidad del servicio esté asegurada.

A continuación se presenta la lista de personal en ambas situaciones:

RECURSOS HUMANOS DE SERVICIOS DE SALUD AIDAJ

PERSONAL MINIMO PARA LA ATENCIÓN	PERSONAL IDEAL PARA LA ATENCIÓN*
1 Médico/a	1 Médico/a
1 Odontólogo/a	1 Odontólogo/a
1 Psicólogo/a	1 Psicólogo/a
1 Enfermera Auxiliar	1 Lic. en Enfermería
	1 Auxiliar de Enfermería
1 Educador/a Comunitario	1 Educador Comunitario
	1 Nutricionista
	1 Fisioterapeuta
	1 Farmacéutico/a
	1 Personal administrativo (Admisión, portería)

Fuente: Elaboración propia.

* La cantidad variará en función a la demanda de servicios existente. Sin embargo, la OMS menciona que por lo menos por cada 10.000 habitantes deberían existir 23 profesionales de salud entre médicos, enfermeras y parteras.



El equipo para la atención integral de adolescentes es de carácter interdisciplinario. Según la disponibilidad de recursos humanos, el equipo incluye: nutricionista, fisioterapeuta y gineco-obstetricia, entre otras.

Todo el personal de salud que trabaja en los servicios AIDAJ debe cubrir estas características:

- **Perfil de los prestadores que trabajan con adolescentes.**

Tener estudios de post-grado en salud de adolescentes y/o haber recibido la capacitación básica en salud integral de adolescentes e implementación de servicio para la Atención Integral. En este sentido el contenido mínimo necesario de conocimientos debe estar enmarcado en:

- **Contenido de la formación del personal²¹**

- ✓ Plan Nacional de Atención Integral y Diferenciada para Adolescentes y Jóvenes.
- ✓ Guía Nacional de Atención Integral y Diferenciada para Adolescentes y Jóvenes.
- ✓ Programa de Atención del Curso del Continuo de la Vida
- ✓ Sensibilización y Capacitación en la Atención Integral y Diferenciada para Adolescentes y Jóvenes.

- **Estar identificados con los siguientes principios y enfoques**

- ✓ Integralidad
- ✓ Derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos.
- ✓ Interdisciplinaridad.
- ✓ Intersectorialidad.
- ✓ Participación social de adolescentes.
- ✓ Igualdad y equidad de género.
- ✓ Desarrollo humano.
- ✓ Prevención y promoción de la salud.

- **Cualidades indispensables de los integrantes del equipo:**

- ✓ Actitud de respeto a los y las adolescentes.
- ✓ Confidencialidad y privacidad.
- ✓ Real interés y preocupación por la problemática de adolescentes y jóvenes.
- ✓ Dar prioridad a las necesidades de los y las adolescentes.
- ✓ Autoconocimiento y auto-aceptación individual, que posibiliten la vocación de servicio y solidaridad.

²¹ Todos los documentos descritos se encuentran disponibles en la página web del Ministerio de Salud, el cual cuenta también con facilitadores formados desde los Servicios Departamentales de Salud.



Las funciones clave e indispensables de los prestadores para la atención a adolescentes y jóvenes son: organizar, programar, supervisar, analizar, evaluar e informar las acciones de atención de adolescentes y jóvenes. El equipo interdisciplinario debe promover y apoyar la participación de adolescentes en estos procesos.

Estas funciones clave se enmarcan en los siguientes momentos:

- **Durante la Atención.**

- ✓ Prestar asistencia a los y las adolescentes en el marco de la Atención integral.
- ✓ Realizar reuniones periódicas para la programación, ejecución y evaluación del servicio.
- ✓ Cumplir con el sistema de referencia y contrareferencia establecido según niveles de atención.
- ✓ Acompañar en las acciones de participación social en los diferentes escenarios.

- **Investigación.**

- ✓ Elaborar y promover investigaciones que permitan establecer estrategias de abordaje para los diferentes niveles de atención y prevención primordial.
- ✓ Incorporar a los y las adolescentes de manera activa en los diferentes modelos y procesos de investigación, así como en la sistematización y divulgación de resultados.

- **Capacitación.**

- ✓ Ejecutar acciones de capacitación permanente que permitan la actualización del personal que trabaja con los y las adolescentes.
- ✓ Incorporar a los y las adolescentes en acciones de capacitación y actualización en su rol de replicadores de información.
- ✓ Realizar acciones de sensibilización de todo el personal que trabaja en centros de salud donde funcionan servicios de adolescentes.
- ✓ Contribuir con la capacitación de grupos organizados de la comunidad.
- ✓ Establecer espacios permanentes para la reflexión sobre valores, estereotipos, y prejuicios de los miembros del equipo interdisciplinario, con el fin de que no interfieran negativamente sus actitudes y comportamientos en el trabajo con los y las adolescentes.

Para una buena coordinación del equipo multidisciplinario y la oferta de servicios apropiada se requiere que el personal de salud tenga clara sus funciones, por tanto es fundamental contar con un Manual de Funciones (Anexo 2: Manual de funciones



personal AIDAJ) que permite definir sus atribuciones, responsabilidades, el perfil para el cargo y otras especificaciones, que se debe entregar a todo el personal.

d) Cartera de Servicios

El primer paso es definir las prestaciones que se van a otorgar en estos servicios de salud, denominado "Cartera de servicios", se debe definir tanto prestaciones asistenciales como también comunitarias, enmarcadas en las prestaciones del Seguro Escolar de Salud Obligatorio (SESO) y de la Ley 475²², aplicando los protocolos nacionales de salud vigentes.

Considerando que el SESO oferta servicios intramurales (servicios de salud fijos) y también comunitarios²³, con equipos de salud itinerantes en las unidades educativas, es preciso que las prestaciones que se oferten en ambos ámbitos estén bien definidas.

El siguiente cuadro muestra las prestaciones a ofertarse con el seguro SESO y las prestaciones de la Ley 475, de manera totalmente complementaria:

OFERTA DE SERVICIOS ASISTENCIALES (INDIVIDUALES)

EN SERVICIOS DE SALUD	EN UNIDADES EDUCATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consulta y controles de medicina general ✓ Consulta de odontología ✓ Consulta Psicológica ✓ Consulta y controles de enfermería. ✓ Asesoramiento en SS y SR ✓ Orientación en anticoncepción ✓ Consulta y re-consulta en anticoncepción, entrega de insumos ✓ Atención del embarazo ✓ Atención de problemas relacionados con salud mental ✓ Asesoramiento en violencia intrafamiliar y de pareja ✓ Asesoramiento sobre identidad sexual ✓ Orientación sobre ITS - VIH/SIDA ✓ Tratamiento de las ITS- VIH/SIDA ✓ Detección del Cáncer Cérvico Uterino ✓ Orientación en nutrición ✓ Vacunación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Control peso y talla ✓ Consultas médicas y en casos necesarios referencia ✓ Control odontológico ✓ Orientación en nutrición ✓ Vacunación ✓ Entrega de insumos de acuerdo a necesidad

Fuente: elaboración propia

²² Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia. Tiene como objetivo principal establecer y regular la atención integral y protección financiera de salud de la población beneficiaria, además de establecer sus bases para la universalización de la atención integral en salud.

²³ Se entiende como servicio comunitario a aquellos que se brindan por fuera de la institución de salud, puede ser en Unidades Educativas, Iglesias, plazas, etc.



OFERTA DE SERVICIOS COMUNITARIOS (COLECTIVOS)

EN EL SERVICIO DE SALUD	EN UNIDADES EDUCATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acciones educativas de orientación grupal. ✓ Formación de líderes (Brigadas de salud juvenil). ✓ Formación de grupos de terapias comunitarias. ✓ Formación de grupos de aprendizaje para el autocuidado o el cuidado mutuo de la salud. ✓ Formación del "club de madres adolescentes". ✓ Organización de actividades preventivas por concentración²⁴. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Charlas de enfermedades prevalentes con enfoque en salud integral. ✓ Charlas de Sexualidad. ✓ Charlas Habilidades para la Vida. ✓ Charlas para la construcción del Proyecto de Vida. ✓ Charlas de Maternidad/Paternidad segura. ✓ Promoción de los servicios de salud fijos.

Fuente: elaboración propia

Protocolos de atención:

La atención de adolescentes y jóvenes están enmarcadas en los protocolos de atención del Ministerio de Salud, los cuales deberán estar implementados en los servicios. (NACs25)

e) Gestión de servicios

- **Organigrama:** Con la finalidad de organizar el servicio, es preciso diseñar un organigrama, que representa la estructura organizacional del servicio, la misión principal es informar a los distintos componentes del servicio cuál es su posición, clarificar las conexiones entre los distintos puestos y las relaciones jerárquicas existentes en el servicio. Para las personas que visitan el servicio les sirve para conocer los interlocutores válidos en cada situación.

El organigrama debe cumplir algunos requisitos:

- ✓ Fácil de entender y sencillo de utilizar.
- ✓ Contener sólo los elementos indispensables.
- ✓ Mostrar claramente los canales de comunicación y autoridad.

El modelo de organigrama que puede ser utilizado en los servicios AIDAJ, sin embargo en la medida en que los servicios vayan incorporando más personal el esquema puede ser modificado.

²⁴ Por concentración son las actividades dirigidas a informar conductas de riesgo

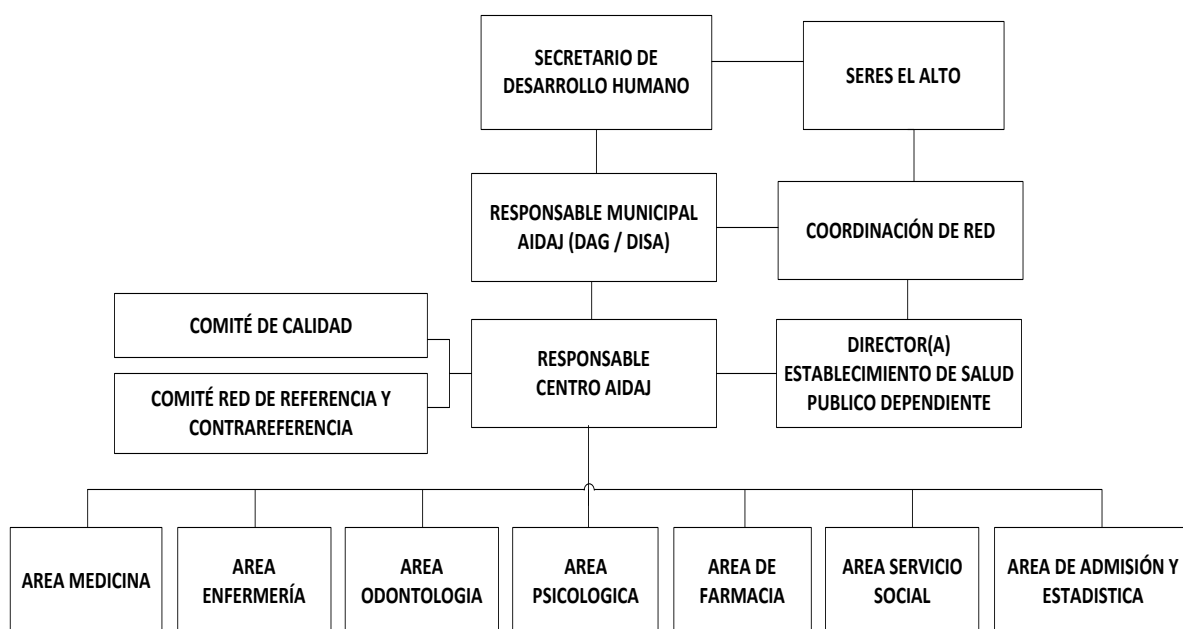
²⁵ Normas Nacionales de Atención Clínica.



El siguiente organigrama propone un trabajo articulado entre el GAMEA (Direcciones de la Secretaria de Desarrollo Humano) y el SERES El Alto donde a nivel distrital las coordinaciones se dan entre el coordinador técnico de la red de salud correspondiente y el responsable municipal de los AIDAJ (dependientes de la DAG y DISA) quienes respectivamente están representados por el/la directora/a del establecimiento de salud público más cercano al centro AIDAJ y el responsable del centro AIDAJ propiamente dicho.

Es importante establecer el vínculo entre el centro AIDAJ a un establecimiento público de salud para garantizar el funcionamiento del mismo de acuerdo a normas y protocolos nacionales de salud vigentes (Seguro SESO, Seguro Integral de Salud, el Programa de la Atención del Continuo del Curso de la Vida, entre otros).

ORGANIGRAMA CENTRO AIDAJ

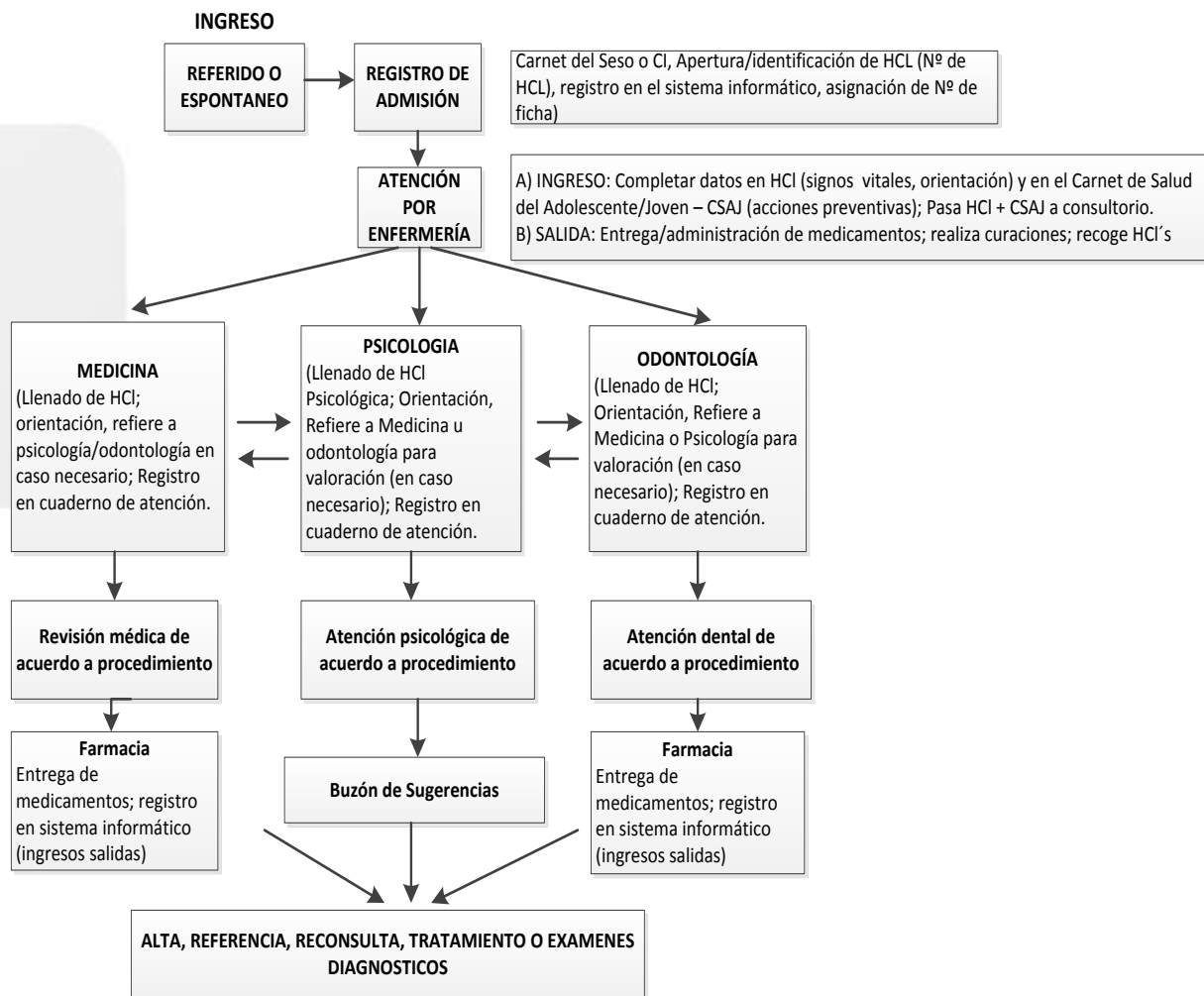


- **Flujograma de atención:** Una vez que ingresa al servicio el adolescente o joven debe seguir un Flujograma de Atención, que detalla todos los pasos que debe seguir y los mecanismos para acceder al servicio, hasta cuando se retira de ella.

A continuación se muestra una propuesta del flujograma de atención de acuerdo a la experiencia obtenida.



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A ADOLESCENTES Y JÓVENES



A continuación se explican los pasos que el/la adolescente o joven realiza para recibir atención en los servicios de salud AIDAJ.

- 1) Ingreso.** En este espacio el adolescente tiene el primer contacto con el servicio, es la primera persona (portero/a) con la que el/la adolescente o joven tiene contacto, debe ser amable, facilitar la entrada al centro.
- 2) Admisión.** Espacio o momento donde el usuario/a tiene el primer contacto con el equipo de salud, responsable de establecer un canal de comunicación adecuado, generando confianza y seguridad a jóvenes y adolescentes.

Por las características de los servicios, éste es el espacio donde se realiza los procesos estadísticos, de archivo y facturación. Es el espacio donde se realiza el fichaje.



Si es la primera consulta se apertura la Historia Clínica (Anexo 3: Formularios AIDAJ – Historia clínica) el cual, es un documento Médico Legal, normatizado por el Ministerio de Salud, así mismo se debe incorporar la Hoja para la Atención Sistematizada Adolescentes (10 – 19 años) (Anexo 3: Formularios AIDAJ – Formulario adolescentes programa del continuo). Antes de proceder la atención, es importante llenar el consentimiento informado (Anexo 3: Formularios AIDAJ – Formulario consentimiento informado). En caso de que firme se procede a la atención. Los instrumentos deben estar debidamente llenados, como a continuación se muestran.

HISTORIA CLINICA	ATENCIÓN SISTEMATIZADA ADOLESCENTES (10 – 19 años)
A) Datos administrativos	Nombre y apellidos
B) Identificación del paciente usuario	Fecha
	Edad
	Sexo
	Primera consulta o Consulta de seguimiento

Fuente: elaboración propia

3) Sala de Espera. De acuerdo a la Modalidad de Servicio, la sala de espera podrá ser compartida con otros pacientes o exclusiva, en lo posible deberá ser exclusiva para adolescentes y jóvenes, con características y condiciones acogedoras. Este es un espacio donde se pueden realizar actividades educativas.

4) Atención por enfermería. Aquí se inicia la atención clínica propiamente dicha, el personal tiene las siguientes tareas:

Al ingreso:

- 1) Evaluación de Signos Vitales
- 2) Control de Peso, talla e IMC (Índice de Masa Corporal)
- 3) Orientación sobre Nutrición, Sexualidad y Violencias

Estos datos deben estar debidamente llenados tanto en la Historia Clínica como en la Hoja de Sistematización del Continuo, es reglamentario que el personal de enfermería que atiende selle y firme ambos documentos.

A la salida:

- 1) Entregar medicamentos
- 2) Orientar cómo usarlos
- 3) Indicar fecha de re-consulta
- 4) Entregar otras orientaciones según el caso.



5) Atención en Consultorio. Es la atención **médica propiamente dicha**, donde el médico/a con entrenamiento realiza el interrogatorio y llenado de la H.C y la Hoja de Sistematización para la atención de adolescentes del Continuo, realiza el examen físico completo, define el plan de intervención, solicitudes de exámenes complementarios, definir diagnósticos y tratamientos; así mismo realizará las acciones preventivas y promocionales²⁶, y ofrece servicios de atención integral²⁷, de acuerdo con el **cartera de servicios** y la modalidad de servicio implementado.

La atención a adolescentes y jóvenes se constituye en "momentos de verdad", aquellos en que las y los usuarios valoran el servicio y hacen juicios sobre el mismo.

La atención debe ser respetuosa, con información clara y oportuna, promoviendo la discusión abierta en temas de importancia para la juventud, garantizando que cada adolescente y joven sienta que es el centro de interés.

En el caso que el Centro de Atención cuente con un equipo interdisciplinario, el médico debe definir el Plan de Atención y derivar a cualquiera de los profesionales, según la necesidad del/la adolescente o joven, esta derivación debe ser por escrito, en un recetario en blanco.

▪ **Sistema de información:**

El sistema de información de adolescentes tiene como objetivo, unificar la recolección de datos de la atención integral de adolescentes y análisis de la información como base para la evaluación y planificación, para la toma de decisiones. El presente modelo tiene la opción de realizar el registro de **manera digitalizada o física**, dependiendo de las condiciones disponibles en cada servicio AIDAJ (Anexo 4: Sistema de información).

Entre los formularios que se utilizan como instrumentos de captación están (Anexo 3: Formularios AIDAJ):

- Historia clínica médica
- Historia clínica psicológica
- Historia clínica odontológica
- Historia clínica perinatal base (HCLPB)
- Hoja de sistematización para adolescentes (Continuo de la Atención)
- Carnet de salud del y la adolescente
- Formulario de consentimiento informado

²⁶ Orientaciones preventivas (Nutrición, uso del tiempo libre, autocuidado, sexualidad, etc.) y las promocionales como son los servicios adicionales que oferta el centro de atención integral, según sea el caso

²⁷ Atención Integral es entendida como el servicio de otros profesionales como Nutrición, Odontología, Trabajo Social y Fisioterapia



- Formulario de referencia y contrareferencia sistema salud
- Formulario de referencia y contrareferencia otros servicios
- Encuestas de satisfacción de usuarios(as) - AIDAJ
- Encuestas de satisfacción de usuarios(as) - Servicios Legales
- Boleta de buzón de sugerencias
- Solicitud de laboratorio SIS
- Solicitud de laboratorio SESO
- Solicitud de papanicolao
- Solicitud de baciloscopia
- Recibo recetario
- Certificados de casos de violencia
- Fichas de casos sospechosos de sarampión - rubeola

Entre los instrumentos de sistematización (Anexo 5: Formularios/cuadernos SNIS) se utilizan los siguientes formularios / cuadernos disponibles en versión física y digital considerando el primer nivel de atención del sistema público:

- Cuaderno N°1 (Consulta externa, enfermería y emergencias)
- Cuaderno N°3 (Control prenatal, parto, puerperio y planificación familiar)
- Cuaderno N°4 (Consultas y tratamientos odontológicos)
- Cuaderno N°6 (Actividades del establecimiento y con la comunidad)

Los instrumentos de consolidación son (Anexo 5 Formularios/cuadernos SNIS):

- Formularios SNIS:
 - i. 301a Informe mensual de producción de servicios
 - ii. 302a Notificación para la vigilancia epidemiológica
 - iii. 302b Notificación mensual para la vigilancia epidemiológica
- Formulario mensual de consolidación AIDAJ (Anexo 3: Formularios AIDAJ)

El equipo de salud, en conjunto con el Área de Estadísticas de cada establecimiento, tiene la responsabilidad de consignar en los instrumentos de reporte establecidos, la información pertinente, además de tabular y analizar la información para la toma de decisiones en el servicio.

Los datos obtenidos deben ser expuestos y analizados en los CAI de Red, esta información es importante para tomar decisiones de impacto sanitario y



estrategias operativas, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de estos grupos etarios, la participación de adolescentes y jóvenes es fundamental.

f) Sistema de Referencia y Contra referencia

Si el centro no dispone de una atención integral, el médico, de acuerdo con la necesidad identificada, debe brindar la asesoría²⁸, hacer seguimiento y en los casos necesarios efectuar la referencia a la Red de Instituciones de Referencia y Contrareferencia establecida, que para cada caso se tenga, dentro de la Red de provisión de servicios.

La referencia implica la transferencia formal, mediante un instrumento uniforme y de carácter oficial, para la atención de adolescentes y jóvenes. La referencia se establece desde un servicio de menor complejidad a uno de mayor complejidad y/o de acuerdo a la necesidad requerida, utilizando los instrumentos elaborados para tales fines (Anexo 3: Formulario AIDAJ - Referencia y contrareferencia del sistema de salud y para otros servicios fuera del sistema de salud).

El equipo de salud es responsable de elaborar la referencia escrita para el acceso al segundo nivel y/o a otro servicio necesario (Ej. Servicios legales); dirigido a un profesional de otra institución, en el que se informa sobre los servicios prestados, tratamientos recibidos, exámenes complementarios realizados y recomendaciones para el manejo integral que se pudieran haber efectuado, siguiendo la normativa. No se referirán de manera directa a los y las usuarias desde el nivel primario en salud al terciario, excepto en casos de emergencia.

La referencia es entregada al adolescente o joven consultante, quien la entregará al profesional donde es referido.

La Contrareferencia se establece de un servicio de mayor complejidad a uno de menor complejidad o retorno hacia el punto inicial de referencia, en respuesta a una referencia dada. Para realizar la contrareferencia se utiliza el instrumento respectivo.

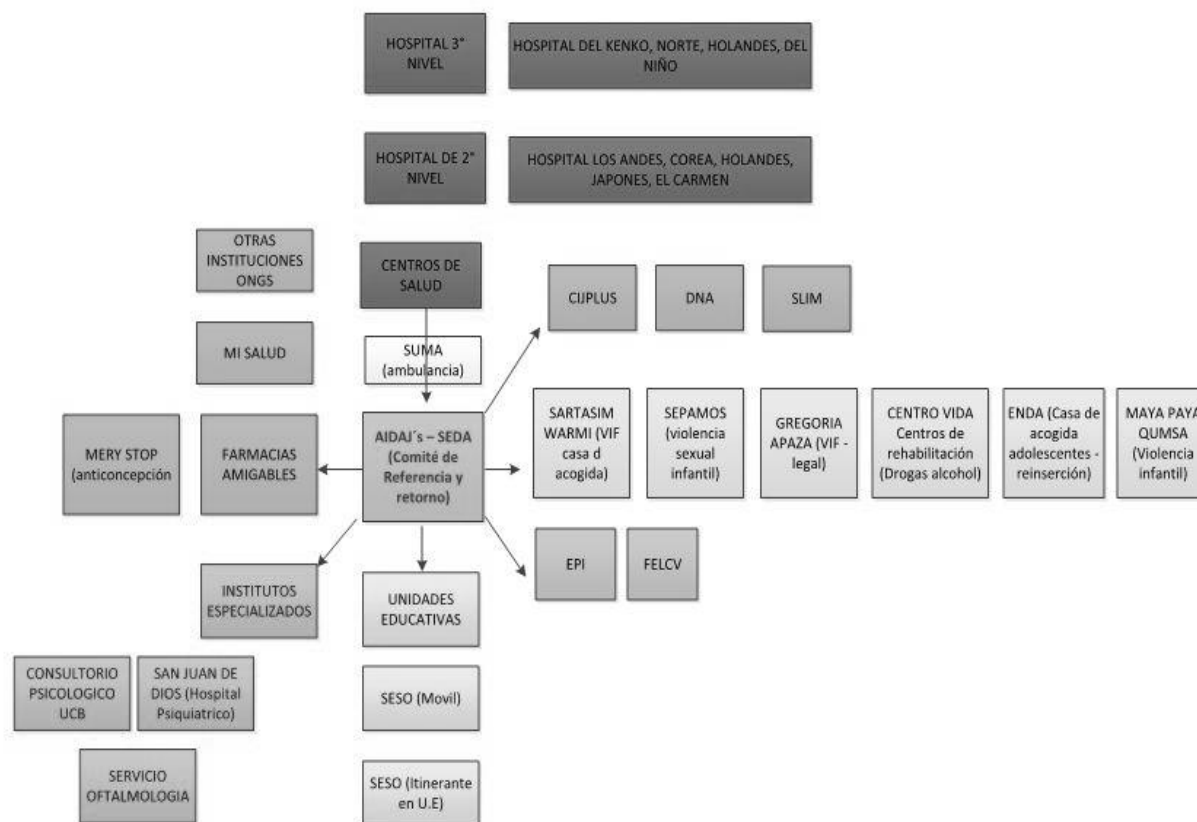
En el anexo 6 (Ruta crítica de atención integral del adolescente y joven) se propone una ruta crítica de atención integral al adolescente y joven donde se refleja las instancias captadoras y las de prestación de servicios, además de los pasos y procesos a seguir de acuerdo a criterios de complejidad de los diferentes casos atendidos

A continuación se muestra una propuesta de la estructura de la Red de Referencia y Contrareferencia para un servicio AIDAJ tipo, el cual puede ser complementado de acuerdo a la realidad de cada distrito y a nivel municipal.

²⁸ La asesoría: son todas las orientaciones necesarias para su recuperación y en el caso de transferencia donde irá, qué estudios y/o tratamientos necesita recibir, etc.



ESTRUCTURA DE REFERENCIA Y RETORNO



Una experiencia exitosa del trabajo en red y con aliados estratégicos son las **“Farmacias Amigables”** la cual se origina al encontrar una elevada demanda de las farmacias que no satisfacían sus necesidades ni de información (SSR) y de trato diferenciado provocando dudas, temor y desconfianza en los adolescentes.

En este sentido, la farmacia pública local se constituye en un espacio como oportunidad de acceso inmediato a demandas de la población adolescente, por lo cual es estratégico incorporar a estas farmacias en la atención integral y diferenciada de la población adolescente y joven.

En anexo 7 (farmacias amigables) se describe la metodología de esta estrategia de trabajo.

g) Programa de Mejora Continua de la Calidad del Servicio.

Se define como Calidad de atención en salud a:



“La provisión de servicios de salud a usuarios individuales y colectivos, de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción”

Esta definición contempla varios elementos que en un flujo adecuado, armónico y continuo hacen que la calidad sea permanente, para conseguir identificar las falencias, requerimientos y además las acciones para modificar, se requiere implementar una gerencia de procesos que permiten revisar constantemente aspectos administrativos, técnicos, científicos y comunitarios que son fundamentales para la aplicación de servicios Integrales y Diferenciados para adolescentes y jóvenes.

La “calidad” de atención es un término subjetivo, que está definido por los y las usuarias del servicio, por tanto la mejora continua estará basada en las demandas de los que acceden al servicio de salud.

El propósito de mejorar de forma continua la calidad de los servicios de salud que ofrecen los establecimientos de salud Integrales y Diferenciados para adolescentes y jóvenes es producir servicios que satisfagan las necesidades, resuelvan satisfactoriamente problemas específicos de estos grupos etarios y la organización de los servicios; dentro de los límites presupuestarios, en periodos de tiempo cortos.

Toda mejora continua requiere de información básica, que de referencia del cómo se inicia el proceso, para éste efecto se diseñó el **formulario diagnóstico situacional AIDAJ** (Anexo 8) que permite conocer la infraestructura disponible, el instrumental, los equipos, el RRHH y además de las demandas en salud de la población a la que se quiere beneficiar (Anexo 9: Metodología de Calidad Definida por el Cliente Adolescente - CDCA²⁹).

CDCA es una herramienta que permite el mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud que brindan atención al/la adolescente tomando en cuenta la opinión del cliente externo o usuario(a) y el/la proveedor(a) del servicio.

Esta herramienta permite mejorar aspectos que como prestadores de salud tal vez no le damos mucha importancia pero que son necesarios para que el/la usuario/a se sienta satisfecho/a con la atención recibida.

Las ventajas son las siguientes.

- Es una herramienta participativa.
- Permite recoger la opinión del cliente externo o usuario/a.

²⁹ Esta metodología CDCA, fue desarrollada por Save the Children en 2002, para incrementar el compromiso de la comunidad.



- Permite involucrar a la representación de la comunidad en el proceso de mejora de la calidad.
- Es de fácil manejo.
- Mejora la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de la prestación de servicios a nivel de los centros de salud

Las herramientas utilizadas en los servicios AIDAJ son los formularios de **encuestas de salida de satisfacción de usuarios** (aplicación semestral) y **los formularios de los buzones de sugerencia** de disponibilidad permanente (Anexo 3: Formularios AIDAJ). El Comité Calidad del centro AIDAJ (a describirse más adelante) es el encargado del funcionamiento de este programa de calidad.

B. Componente Preventivo Promocional:

En el marco de normas y recomendaciones nacionales e internacionales es fundamental tener un componente para la prevención y promoción de la salud, en este caso para la población adolescente y joven, fortaleciendo sus capacidades para la defensa de sus derechos y el autocuidado de su salud con corresponsabilidad.

En este sentido este componente contempla:

a) La formación de recurso humano comunitario a partir de:

- **La conformación de brigadas y/o líderes estudiantiles.** Este proceso implica empoderamiento de líderes adolescentes y jóvenes que se constituyen en agentes de cambio entre sus pares generando conocimiento, sensibilización y participación orientado a la búsqueda de autonomía, capacidad de decidir, aumento de su autoestima y liderazgo, motivación hacia el cuidado de su cuerpo en su totalidad (salud física, emocional, sexual y mental), convirtiéndolos en sujetos activos y protagonistas de su vida.

Estas brigadas funcionan principalmente a partir de estudiantes representantes de cursos de nivel secundario de las Unidades Educativas, con la participación de autoridades del sector educativo, salud, municipio junto a su personal operativo correspondiente como se describe en detalle en el Anexo 10: Metodología de trabajo con brigadas estudiantiles.

Este trabajo sigue determinados pasos que a continuación se muestran:



FORMACIÓN DE BRIGADAS / LIDERES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

PASOS	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RECURSOS NECESARIOS	RESPONSABLE
Convocatoria	Conformación de los centros de estudiantes, donde no exista (representación legal) - Convocatoria a la conformación de fórmulas - Presentación de propuestas (Debate de fórmulas) - Día de elecciones	- Programa del voto electrónico - 3 ordenadores - Material de escritorio	Director(a), Unidad de la Juventud (educador comunitario AIDAJ)
	Identificación de 3 representantes de estudiantes por curso para conformar las brigadas estudiantiles (cursos de 1ro a 5to de secundaria)		Directora/a, Centro de estudiantes de la U.E.
Organización	Asignación de unidades educativas a personal Mi Salud		DIMUSA Coordinación municipal y distrital Mi Salud Educador AIDAJ
Capacitación	Programación anual de capacitaciones de las brigadas		educador/a comunitario del SAAIDAJ Médicos Mi Salud
	Reproducción de material educativo de apoyo	Rotafolios Banners Videos	Unidad de Juventud DIMUSA
	Programación anual de difusión de mensajes por las brigadas a sus pares	Rotafolios Banners Videos	Educador AIDAJ Médicos Mi Salud
	Seguimiento a las capacitaciones por las brigadas en unidades educativas	Transporte / pasajes	Educador AIDAJ Médicos Mi Salud
Evaluación	Programación de evaluación intermedia de las actividades preventivo promocionales (cantidad de adolescentes/jóvenes con información, pertinencia de material educativo y percepción del programa)	Material de escritorio Transporte	Unidad de la Juventud DIMUSA Directores(as) de U.E.

- **Designación de educadores comunitarios de Centros AIDAJ.** Esta persona está encargada de liderar la implementación de las actividades del componente preventivo promocional a partir de i) la organización de acciones de capacitación a brigadas estudiantiles en coordinación con docentes de las Unidades Educativas, personal de salud del AIDAJ y establecimientos públicos de salud (Centros de Salud, Proyecto Mi Salud, etc.), brigadas móviles del seguro SESO, personal operativo de servicios legales (DNA, SLIM, SIJ-Plu), policía, etc., ii) organización de actividades comunitarias de



difusión de información sobre las temáticas priorizadas, iii) elaboración de informes de acciones comunitarias.

b) Estrategia comunicacional de los Centros AIDAJ

Considera los siguientes aspectos:

- **Definición de temáticas que respondan a la problemática local** de la salud integral de la población adolescente y joven (ejemplo: embarazo adolescente, infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA, consumo de bebidas alcohólicas, violencia, baja autoestima, machismo, etc.).
- Definición de **mensajes claves** sobre las temáticas identificadas como prioritarias.
- Disponibilidad de **recursos educativos audiovisuales** en las temáticas priorizadas (Anexo 11: Recursos educativos Centros AIDAJ).
- Organización de recursos locales para la **difusión de mensajes claves**. En este aspecto se consideran las brigadas estudiantiles conformadas como la estandarización de espacios estratégicos para la promoción de los mensajes.

En el siguiente cuadro se describe los ambientes básicos de un Centro de Atención Diferenciada y los tipos de material que deberían ser incluidos en cada uno de los ambientes de manera general.

Hall de ingreso	Recepción	Consultorios	Enfermería	Sala de uso múltiple	Exteriores
Letrero con horarios de atención	Letrero horarios de atención	Folletos y volantes promocionales	Folletos y volantes promocionales	Rotafolios	Letrero o banner de identificación del AIDAJ
Letrero con servicios del Centro	Organigrama	Rotafolios	Rotafolios	Bípticos / trípticos	ubicados en lugares estratégicos del área de intervención (U.E., plazas, calles, etc.)
Visualización de los letreros exteriores de las áreas/consultorios Ej.: Baños y enfermería	Campañas promocionales	Bípticos / trípticos	Bípticos / trípticos	Cartilla	
	Precios de los servicios			Folletos y volantes promocionales	Horarios de atención y servicios que se prestan en el centro
				Video educativos	

c) Acciones preventivas de promoción de la salud

Como parte de las acciones de extensión comunitaria de los centros AIDAJ y el trabajo de los líderes y lideresas adolescentes se considera la realización de campañas preventivas de salud dirigidas a sus pares y la población en general,



principalmente en espacios institucionalizados como los centros educativos, donde pueden desarrollarse acciones educativas con el objetivo de promover estilos de vida saludable y consolidar espacios donde se difundan mensajes clave para la prevención y el ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes y jóvenes.

Estas acciones educativas pueden ser desarrolladas en horarios libres (recreos, periodos libres), horas cívicas y las ferias multiprogramáticas que las unidades educativas suelen desarrollar, los medios pueden ser lúdicas (teatro, sociodramas, juegos, etc.) y la exposición de paneles con información referida a enfermedades prevalentes, autocuidado, proyecto de vida, etc.

C. Componente de Gestión Participativa

Este componente del Modelo Municipal de atención AIDAJ, se encuentra en el marco del Modelo de salud SAFCI y la Ley Participación y Control Social que mencionan:

- El Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, define a la gestión participativa de la salud como *un proceso organizado de toma de decisiones entre la comunidad o barrio, sus representantes (Autoridades Locales de Salud, Comités Locales de Salud, Consejos Sociales Municipales, Departamentales y Nacionales de Salud) el sector salud en los diferentes niveles de Gestión en Salud (local, municipales, departamentales y nacional), donde cada uno de ellos participa en mutua corresponsabilidad en la planificación, ejecución-administración, seguimiento-control de las acciones de salud.*
- La ley 341 de Participación y Control Social tiene por objeto establecer el marco general de la Participación y Control Social definiendo los fines, principios, atribuciones, derechos, obligaciones y formas de su ejercicio, en aplicación de los Artículos 241 y 242 de la Constitución Política del Estado.

a) Comité de calidad

En el marco del programa de mejora continua de la calidad de los servicios, la conformación de un Comité de Calidad o un Equipo de Mejoramiento de la Calidad - EMC (propuesto por la metodología del CDCA) es muy importante para impulsar y hacer seguimiento al cumplimiento de un plan de acción de mejoramiento de la calidad que debe tener un centro AIDAJ.

El Comité debe estar conformado por representantes de autoridades municipales, autoridades vecinales, personal de salud y representantes de adolescentes y jóvenes. Se propone la siguiente estructura:

- 1 representante del Gobierno Municipal que podría ser de la subalcaldía en casos distritales
- 4 representantes de organizaciones sociales, como las juntas vecinales y el consejo educativo (antes juntas escolares).
- 3 representantes de los y las adolescentes y jóvenes.



- 1 representante del sector salud (el Director/a del centro de salud público con el que se coordina y/o un representante de la Gerencia de Red a la que pertenece el centro AIDAJ).
- 1 representante del Centro AIDAJ (Responsable del Centro AIDAJ).

Se recomienda que el responsable del Centro AIDAJ esté a cargo la organización y coordinación de las actividades de planificación, seguimiento y evaluación a través de reuniones periódicas del comité (Secretario).

La presidencia y vicepresidencia deberá ser designada de manera democrática entre los miembros del comité, sin embargo se recomienda que estos cargos sean ocupados por un representante del sector salud (por su conocimiento técnico) y un representante social (por su incidencia política).

Se pueden considerar otras carteras dentro del comité de acuerdo a necesidad (ejemplo: vocales).

b) Comité de referencia / contrareferencia

El sistema de referencia y contrareferencia es el conjunto de mecanismos mediante los cuales se articulan y complementan los establecimientos del Sistema Único de Salud junto a otro tipo de servicios como legales (Defensoría de la Niñez y Adolescencia, Servicio Legal Integral Municipal, Servicios Integrales de Justicia Plurinacional), farmacias amigables, instituciones no gubernamentales, policía, unidades educativas y la comunidad en general junto a otros necesarios para garantizar la atención integral de la salud de los adolescentes y jóvenes con oportunidad, continuidad, integralidad y calidad, tanto dentro del territorio distrital, municipal o departamental, en caso necesario.

En este sentido, para que este sistema de referencia y contrarreferencia funcione es importante la conformación de un Comité con representantes de las instituciones y organizaciones partícipes de la red conformada, para realizar la respectiva organización, seguimiento y evaluación de la red de referencia. Para ello se cuenta con un Reglamento del Comité de Referencia y Contrarreferencia (Anexo 12), donde se establece la estructura de la comisión, funciones y tareas entre otros para garantizar el adecuado funcionamiento del mismo.

c) Reuniones de Comité de Análisis de Información: (CAI)

El Comité de Análisis de la Información es un espacio de discusión, análisis e intercambio de opiniones sobre problemas relacionados con la situación de salud de una comunidad o población determinada. Forma parte de un proceso dirigido a realizar una reunión de trabajo, donde participa personal de salud, representantes de la comunidad y adolescentes/jóvenes, con el fin de analizar indicadores epidemiológicos y de gestión, condiciones y determinantes de



problemas de salud para tomar decisiones, realizar seguimiento, evaluación, control periódico de los servicios de salud y la comunidad.³⁰

- **CAI de Centro AIDAJ.**

En el caso de los servicios de Salud Integral y Diferenciado de Adolescentes y Jóvenes, se realizará un CAI interno de servicios, donde participará el personal de salud, líderes adolescentes/jóvenes, Comités Locales de Salud (COLOSAS), Directores de las Unidades Educativas asignadas al servicio, ONGs existentes en la zona; en los casos que fuera posible, representantes de Iglesias, organizaciones juveniles, etc.

Se debe definir los diferentes puntos a tratar, a continuación se propone un modelo:

Introducción:

- ✓ Presentación de los participantes
- ✓ Explicación de la metodología de trabajo.
- ✓ Lectura del acta anterior.
- ✓ Exposición de los resultados.
- ✓ Recepción de documentos por parte de los participantes.

Análisis:

Este momento está orientado íntegramente al análisis de la información, que requiere de una sistematización adecuada para permitir su análisis, interpretación y posterior utilización. Cada responsable de servicio expondrá su producción, las acciones exitosas, los obstáculos por los que no se lograron alcanzar los indicadores de gestión y una propuesta de solución a los mismos, además de otra información relevante para su análisis e interpretación.

En este sentido la información a ser analizada y de acuerdo a indicadores establecidos de manera mensual (instrumento mensual del servicio AIDAJ) consistirá en: a) *La producción de servicios intramurales que implica el informe por especialidades*, b) *Producción de servicios comunitarios a cargo de un representante de líderes de las brigadas* y c) *Resultados del trabajo del Comité de Calidad que incluye los resultados del nivel de satisfacción de los usuarios del servicio y resultados de funcionamiento de la Red de Referencia y contrareferencia.*

La información a ser considerada debe tener todos los atributos de calidad (confiable, integra y oportuna), que garanticen una visión real del acontecer sanitario local.

³⁰ Guía metodológica ASIS BOLIVIA 2005.



Identificación de alternativas de solución y toma de decisiones³¹:

Definir las mejores alternativas para intervenir sobre los factores que impiden alcanzar mejores resultados y elaborar un plan de acciones que permitan alcanzar las metas previstas con definición de responsabilidades.

En este sentido explotar al máximo la capacidad de los participantes para identificar problemas, alternativas de solución, decisiones a ser tomadas y acciones a ser realizadas en plazos determinados en el tiempo.

Las alternativas de solución deben enmarcarse dentro de la mayor realidad posible, es decir que no deben ser soluciones inalcanzables o que requieran grandes inversiones, añadiéndose como aspecto importante los compromisos intersectoriales a los que se pueda arribar. Por otra parte se sugiere identificar las alternativas de solución empezando por el nivel local, para luego recurrir a instancias superiores.

- CAI de Área

La siguiente instancia de participación es el **CAI de Área**, esto es del servicio de salud correspondiente con el que se coordina, de manera mensual, presentando información reportada en el instrumento mensual quién expondrá en la reunión, la participación de líderes Adolescentes/Jóvenes es importante, quizá bajo su responsabilidad debería estar la información de las actividades comunitarias que ellos/as realizan

- CAI de Red de Salud

La participación en el CAI de RED de Salud también es prioritaria, en esta instancia se debe visualizar los Centros de Salud Integrales y Diferenciados, exponer los servicios otorgados a estos grupos etarios, además de identificar determinantes sociales que afectan la salud integral de adolescentes y jóvenes. Estos se realizan, según la normativa trimestralmente.

La metodología es igual a la del CAI de servicios, sin embargo esta puede ser modificada por el Coordinador de Red, de acuerdo a requerimientos de los SEDES Departamentales.

Es recomendable que un representante del servicio AIDAJ asista y realice la presentación de la información generada.

- CAI Municipal de Servicios AIDAJ

Al igual que el CAI del servicio AIDAJ, la realización del CAI Municipal tiene como objetivo fundamental el análisis de la información obtenida como producto del trabajo de todos los Servicios de Atención Integral y Diferenciada de la ciudad de El Alto, puede ser realizado semestralmente o anual, la información

³¹ Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Implementación del Modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, Redes de Salud, DILOS



que se presenta estará dividida por meses, de cada indicador, en números absolutos y en porcentajes para evaluar el alcance de cobertura, siendo que cada Centro de Atención no tiene igual número de población designada.

¿Quiénes participan en el CAI Municipal?

En el caso del CAI Municipal participarán representantes tomadores de decisiones del GAMEA, SERES El Alto, FEJUVE, Junta de Vecinos, Consejos educativos (representantes de docentes, padres/madres y estudiantes), Organizaciones no Gubernamentales que trabajan y apoyan en los servicios, personal de salud de cada AIDAJ, líderes adolescentes/jóvenes de cada centro AIDAJ, COLOSAS, Directores de las Unidades Educativas y Organizaciones Juveniles.

La metodología puede ser la misma que el CAI de servicios, la información que se obtiene en este CAI es muy importante para tomar decisiones regionales, para definir políticas públicas, modificación de indicadores, generar alianzas estratégicas con instituciones, desarrollar estrategias regionales para actuar sobre determinantes sociales, etc.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. Conclusiones

- El trabajo en la atención diferenciada e integral de la salud de los adolescentes y jóvenes requiere de una estrecha coordinación interinstitucional e intersectorial. Interinstitucional entendiendo que no necesariamente el sector público cuenta con todos los servicios demandados por la población objetivo, e intersectorial entendiendo que lo problemática de salud implica el abordaje de las determinantes sociales de la salud.
- Los servicios AIDAJ en la ciudad de El Alto pueden funcionar en espacios como los centros de recursos pedagógicos (CRPs) cuidando contar con: a) las condiciones de infraestructura, equipamiento y bioseguridad recomendados por el Ministerio de Salud (caracterización de servicios del nivel I) y b) en coordinación con un servicio público de salud.
- El presente modelo de servicios AIDAJ operativiza los principios y componentes (componente de atención y componente de gestión participativa de la salud) de la política de salud SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural) para el contexto de la ciudad de El Alto.
- El modelo propuesto considera experiencias validadas y exitosas para la ciudad de El Alto.



3.2. Recomendaciones

- Es importante prever presupuesto anual suficiente para garantizar el funcionamiento de los servicios AIDAJ, considerando inversión para nuevos servicios como para el mantenimiento de los existentes (infraestructura, equipamiento y recursos humanos).
- Es recomendable garantizar la permanencia del personal de salud en los servicios AIDAJ con contratos anuales, mejor ítems, sujetos a evaluaciones periódicas de desempeño, con el objetivo de lograr la calidad de la atención y satisfacción de los(as) usuarios(as).
- Es muy importante que las cuatro Direcciones de la Secretaria de Desarrollo Humano del GAMEA realicen un trabajo coordinado para garantizar la atención integral de la salud de los y las adolescentes y jóvenes.
- Es recomendable asignar responsables específicos dentro de las Direcciones de la Secretaria de Desarrollo Humano del GAMEA en coordinación con el sector salud (SERES El Alto) para el funcionamiento, seguimiento y evaluación participativa del modelo en sus diferentes componentes.



IV. ANEXOS

- Anexo 1: Características del Centro AIDAJ (A. Infraestructura;
B. Equipamiento)
- Anexo 2: Manual de Funciones Personal AIDAJ
- Anexo 3: Formularios AIDAJ
- Anexo 4: Sistema de Información AIDAJ
- Anexo 5: Formularios y Cuadernos SNIS
- Anexo 6: Ruta Crítica de Atención Integral del Adolescente y Joven
- Anexo 7: Metodología Farmacias Amigables
- Anexo 8: Formulario Diagnóstico Situacional AIDAJ
- Anexo 9: Metodología Calidad Definida por el Cliente Adolescente (CDCA)
- Anexo 10: Metodología de Trabajo con Brigadas Estudiantiles
- Anexo 11: Recursos Educativos Centro AIDAJ
- Anexo 12: Reglamento Comité Referencia y Contrareferencia.



Referencias Bibliográficas

Ministerio de Salud y Deportes – UNFPA. Guía Nacional para la Atención Integral y Diferenciada de Adolescentes y Jóvenes. Serie: Documentos Técnico-Normativos. Bolivia, 2013.

Estudio de Embarazo en Adolescentes en cuatro hospitales Materno Infantiles de La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz/Ministerio de Salud y Deportes –UNFPA; La Paz –Bolivia, 2011.

Bolivia. Presidencia del Estado Plurinacional de Bolivia, Ministerio de Justicia. Ministerio de Educación. Ministerio de Salud. Ministerio de Trabajo, empleo y Previsión Social. Plan Plurinacional de Prevención de Embarazos en Adolescentes y Jóvenes (PPEAJ). 2015 – 2020.

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Norma nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel. Serie Documentos Técnico Normativos. Bolivia 2012.

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Implementación del Modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, Documento Técnico- Estratégico. 2013.

Bolivia. Ministerio de Salud. Manual de evaluación y acreditación de establecimiento de salud de primer nivel de atención. Serie: Documentos Técnico Normativos. Bolivia 2008.

Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud 2008/UNFPA; La Paz - Bolivia- UNFPA, 2010.

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Guía de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de primer nivel de atención. Serie Documentos Técnico Normativos. Bolivia 2008.

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Obtención del consentimiento informado. Serie: Documentos Técnico Normativos. Bolivia 2008.

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Normas nacionales de atención clínica. Serie Documentos Técnico Normativos. Bolivia 2012. Tomo I y II.

Red de Salud Apolobamba. Manual de Descripción de Cargos. 2008

Estrategia de Comunicación para el Cambio Social orientada a la Promoción y Ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos en Adolescentes y Jóvenes de 12 municipios priorizados.2015-2017.MINIJUVE- UNFPA.MANAGUA NICARAGUA .Agosto 2015.

Estrategia Global de comunicación para el cambio social y de comportamiento para nutrición, planificación familiar, salud materno infantil, VIH y educación en el altiplano de Guatemala .USAID-C-CHANGE.GUATEMALA .Julio 2012.



COORDINACIÓN GENERAL

ASOCIO EL ALTO:

Teresa Gonzales / Responsable de proyecto APPRENDE
Irma Condori / Responsable de proyecto de CSRA
Marleni Narvaez / Responsable de proyecto CEMSE
María Luisa Santibañez / Consultora Asesora del Asocio El Alto

AUTORIDADES GAMEA

Karina Carvajal / Directora Dirección de Desarrollo Integral
Marco Antonio Tito / Director Dirección de Salud
Rodolfo Argandoña / Jefe de Unidad de Seguros – DISA
Sonia Apaza / Jeja de la Unidad de la Juventud
José Martin Yana / Coordinador AIDAJ – DISA
Nelly Cutili / Coordinadora AIDAJ - DISA

EQUIPO TÉCNICO

APPRENDE

- Deysi María Ramos Félix /Supervisora Apprende
- Juan Carlos Apaza / Facilitador Distrito 1
- Patricia Vera / Médica Centro AIDAJ “Vicente Lema Pizarroso”, Distrito 1

CEMSE

- Nelly Humerez / Psicóloga Centro AIDAJ “Vicente Donoso”, Distrito 5
- Víctor Quispe / Médico Centro AIDAJ “Vicente Donoso”, Distrito 5
- Jimena Gutiérrez / Médica Centro AIDAJ “Túpac Amaru”, Distrito 6
- Felisa Ticona / Psicóloga Centro AIDAJ “Túpac Amaru”, Distrito 6

CSRA

- Rafael Inofuentes / Psicólogo Centro AIDAJ “Hospital Boliviano Japonés”, Distrito 8
- Wendy Medina / Medica Centro AIDAJ “Hospital Boliviano Japonés”, Distrito 8
- Orlando Meza / Informático CSRA

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Walter Castaño / Área de Comunicación CEMSE



Asocio El Alto:

 Apprende

Asociación Para la Prevención
de Embarazos No Deseados


Consejo de Salud


Centro de Multiservicios Educativos

Con el apoyo de:



anesvad
por el derecho a la salud

