Ruta Crítica
de prevención y atención en
VIH - SIDA

en Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle del Municipio de El Alto

Ruta Crítica para la Prevención y Atención del VIH, SIDA

en Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle del Municipio de El Alto.

Maya Paya Kimsa

SERES - EL ALTO
SALUD PARA LA PAZ

unicef
para cada niño y niña

El Programa Municipal de Intervención en NNA en Situación de Calle se hace pública bajo la coordinación de Maya Paya Kimsa, con la asistencia técnica de UNICEF Bolivia.

La elaboración del El Programa Municipal de Intervención en NNA en Situación de Calle estuvo a cargo de Valeria Ruelas Vega, Denis Lopez Morales y Virginia Hilaquita Soto.

La supervisión y revisión del documento fue realizada por Patricia Choque Sullcata y validada por el SERES y la Mesa de Educadores de Calle de la ciudad de El Alto.

El diseño y diagramación estuvo a cargo de Silvia Coaquera Espinal.

La Paz, Bolivia
Abril, 2019

CONTENIDO

Introducción....7
Antecedentes....9

Capítulo I: Generalidades....17

I.1. Marco Conceptual....18
I.1.1. Niñas, niños y adolescentes en situación de calle (NNASC)....18
I.1.2. Enfermedades prevalentes en NNASC....19
I.1.3. VIH –SIDA, ITS y Tuberculosis (TB) e ITS....23

Capítulo II: Situación Problemática....27

II.1. Diagnóstico situacional en la niñez, adolescencia en calle y VIH - SIDA....32
II.2. Justificación....39
II.3. Objetivos.... 42

Objetivo General de la Ruta crítica....42
Objetivos Específicos de la Ruta crítica....42

II.4. Principios....43
II.5. Enfoques....46
II.6. Marco Normativo Legal....51

Capítulo II: Ruta Crítica para la Prevención y Atención del VIH-SIDA en NNASC....66

Ruta Crítica....66
Prevención....66
Atención....67
Espacio Físico de permanencia de los NNASC....68
Programa....68
Servicios....68
Actores participante....69
Descripción de la Ruta Crítica de Prevención y la Atención para NNASC....69
El Derecho a la salud de las NNASC....70
Centro de Regional de Vigilancia y Referencia de VIH -SIDA/El Alto CRVIR....73
La tención de Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle....77

Primer momento: La Recepción....78
Segundo momento: La Consulta....79
Tercer momento: El Seguimiento o Control....81

Estructura de la Red de Prevención y Atención....86
Fases de la Red de Atención....87

Criterios generales de las fases de la Red de Atención....88
Programa de la Fase I - Adherencia....93
Programa de la Fase II - Rehabilitación....103
Programa de la Fase III - Reintegración....118

Estructura de la Red de Prevención y Atención a NNASC....128

Espacios y Programas de la Red de Prevención....131

Mecanismos de derivavión y vinculación....147
Ruta crítica general de prevención y atención de VIH - SIDA y TB
para NNA en alto riesgo y NNA en sittuación de calle....150

Biliografía....152
Anexos....155

GRÁFICOS

Gráfico 1. Estrategias económicas....28
Gráfico 2. Factores expulsores de NNASC....40
Gráfico 3. Problemas a nivel de la familia....40
Gráfico 4. Motivos para salir a la calle....41
Gráfico 5. Niveles de Prevención....67
Gráfico 6. Estructura de la Red de Prevención y Atención del VIH, SIDA para NNASC....87
Gráfico 7. Fases de la Red de Atención a NNASC y su Objetivo....88
Gráfico 8. Estructura de la Red Atención (Fase I de Adherencia) del VIH, SIDA para NNASC....94
Gráfico 9. Estructura de la Red Atención (Fase II de Rehabilitación) del VIH, SIDA para NNASC....104
Gráfico 10. Estructura de la Red Atención (Fase III de Reintegración social) del VIH, SIDA para NNASC....119
Gráfico 11. Estructura de la Red Prevenión del VIH, SIDA para NNASC....128
Gráfico 12. Estructura de Programas de la Red Prevenión del VIH, SIDA para NNASC....131

TABLAS

Tabla 1. Diagnóstico situacional e institucional....37

Introducción

Las niñas, niños y adolescentes en situación de calle, de aquí en adelante NNASC, se encuentran al margen del sistema de protección puesto que en la calle todos sus derechos han sido vulnerados y violentados. Se hallan en situaciones precarias y con una salud decadente que se agrava cuando adquieren o desarrollan alguna enfermedad, siendo las de mayor prevalencia: las infecciones de transmisión sexual, la tuberculosis, el VIH y como consecuencia de esta el SIDA.

De esta manera, es prioritario contar con políticas integrales que guíen las líneas de acción de manera articulada e intersectorial, y en cumplimiento de mandatos internacionales como *la Observación N.21 a la Convención sobre los derechos de niño (2017) sobre Niños en Situación de Calle*.

El Art. 24 – sobre el derecho a la Salud, menciona que el entorno de la calle puede aumentar la vulnerabilidad a los problemas de salud física y mental. El Comité hace hincapié en la necesidad de ofrecer educación sanitaria y servicios de salud, incluida la salud sexual y reproductiva, adaptados a las necesidades específicas de las y los niños en situación de calle. Esa educación y esos servicios deben comprender y apoyar al niño, ser completos, accesibles, gratuitos y confidenciales, no someterlo a juicios de valor, no ser discriminatorios, respetar su autonomía para tomar decisiones y no requerir el consentimiento de los padres. Los niños deben tener acceso a los servicios de salud con independencia de su ubicación física o condición social. Los Estados deben aumentar la disponibilidad de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación (...) servicios de salud (…) deben estar dotados de profesionales formados en los derechos del niño y en las circunstancias particulares de las niñas en situación de calle. Los Estados pueden promover (…) la lucha contra el uso indebido de sustancias, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH.

En este sentido, la "Ruta Crítica para la prevención y atención del VIH, SIDA en niñas, niños en situación de calle del municipio de El Alto", es una respuesta a la necesidad de integrar sistemáticamente las prácticas que desarrollan instituciones públicas y privadas, con fines y objetivos en beneficio de esta población. Asimismo, contribuir a la articulación y fortalecimiento del Sistema de Protección de la Niñez y la Adolescencia, bajo el enfoque de derechos y la articulación del Sistema de Protección para la Población de Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle.

A partir de esto, las líneas de acción proyectadas son: 1) *prevención*, orientada al ejercicio de los derechos. Mejorando la calidad de vida de NNA en sus familias y comunidad; 2) *atención*, orientada a la restitución de los derechos que han sido vulnerados a NNA en situación de calle. Así, la elaboración de la Ruta Crítica propuesta presenta el siguiente contenido:

Antecedentes: describe los hechos políticos, sociales e históricos respecto a la realidad de personas en situación de calle, además de los avances respecto a las líneas de acción de atención y prevención respecto a la problemática en salud de NNASC.

El Capítulo I: contiene las generalidades que implican el marco conceptual que clarifica elementos de la problemática en salud de NNASC.

El Capítulo II: se revela la realidad social de las personas en situación de calle, resaltando una afección en diferentes ámbitos que son expuestos tras un diagnostico institucional y situacional, que evidencia la importancia del abordaje de la problemática, trazando objetivos que se apoyan en principios y enfoques que manifiestan una coherencia teórica y práctica, además del marco normativo que respalda la propuesta de la Ruta Crítica.

El *Capítulo III*: estructura las líneas de acción: preventivas y de atención a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, donde se describen sus fases, espacios físicos, programas, procesos de derivación y vinculación entre programas, recursos y servicios necesarios.

Es así que empezamos a desarrollar el presente documento con la esperanza de que pueda ayudar de manera significativa a las Niñas, Niños y Adolescentes que se encuentran en riesgo a llegar a calle y en especial a aquellos que ya se encuentran en Situación de Calle. Sin duda debe ser tarea y compromiso de todas las instituciones del sistema de protección, el de generar respuestas y alternativas a esta situación compleja, porque "La situación de calle y todo lo que deriva de ella, también tiene que ver con cada uno de nosotros".

Antecedentes

Entre 1930 y 1980, se dio en Latinoamérica un rápido proceso de urbanización que ocurrió de manera totalmente desigual: las ciudades capitales en su generalidad tuvieron un crecimiento sobreproporcional, siendo su posición de predominio demográfico el resultado de la centralización del desarrollo económico, que trajo a su vez la marginalidad y expulsión infanto - juvenil a espacios públicos y a una vida sin proyectualidad donde se verifica la existencia de niñas (os) en situación de calle sin hogares o con hogares donde los vínculos parentales pueden llegar a su desintegración. A lo cual se suma el consumo de sustancias, que acompaña en esta instancia la cotidianeidad de los niños en cada uno de sus momentos (Brasesco, 2011).

Esta situación relacionada a multi factores y variedad de causas que tienen repercusiones, particularmente, en la salud (mental y física) de estas personas, se encuentra desatendida al observar que cada día se suma las llegadas de las niñas (os) a los hospitales con graves daños neurológicos u otros problemas de salud. Es así que, la dinámica de las niñas, niños y adolescentes en situación de calle se ha tornado en una problemática social compleja y tiende a agravarse cuanto más tiempo tengan de permanencia en la calle.

En Bolivia, hacia los años 70, se encontraron a los primeros grupos en las calles, pero será en la década de los 80 en la que se constituya en una problemática social y económica. El crecimiento poblacional en las ciudades principales del país y la inestabilidad económica serán los inicios de una etapa de violaciones a los derechos de la niñez y adolescencia boliviana (Maya Paya Kimsa, 2009), derivando en niveles de mortalidad que se incrementan alarmantemente.

En el "Diagnóstico Situacional de Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle a nivel nacional" (2014) se reproduce la realidad general para esta población donde se identifica que en la mayoría de los casos, provienen de familias pobres y excluidas, que habitan en los cinturones de miseria que rodean las grandes ciudades, junto a historias de violencia en la familia (sea violencia familiar, barrial, o de guerra), y muchas veces una historia de calle.

En la ciudad de El Alto en Bolivia, se identificaron 1071 personas en situación de calle de las cuales 354 son mujeres y 708 son varones. No existe una relación con la edad puesto que la multiplicidad de las edades de la población no es representativa en ningún grupo etario. Sin embargo, se percibe que un 37,4% son población adolescente joven de 10 a 19 años, con un

promedio de vida que no pasa de los 34 años, y va en descenso (Censo Nacional de NNASC, 2014).

Así, una niña, niño o adolescente en situación de calle (NNASC) difícilmente ejerce sus derechos, no recibe atención en salud, educación y protección, al contrario, es víctima de violencia y discriminación, debido a que la calle se constituye en el primer espacio de violación de derechos, considerado como un espacio público del que cada persona puede apropiarse de acuerdo a su situación y sus necesidades (Maya Paya Kimsa, 2009). Además, las NNASC asumen a su corta edad total responsabilidad sobre la satisfacción de sus necesidades básicas, como su salud, vivienda, alimentación, protección, vestimenta, etc.

La calle como espacio de sobrevivientes

Las estrategias de supervivencia y economía, según el Censo Nacional de NNASC (2014), el 34,4% de la población en situación de calle "trabaja para cubrir sus necesidades básicas" (p.143), sin embargo es importante recalcar que estos trabajos tienen un carácter eventual y circunstancial, "consiste en realizar distintos tipos de tareas como pueden ser: vocear en mini buses, limpia parabrisas, venta informal, lustrar calzados deambulando por las calles, etc." (p.143). El 33,6% de la población en situación de calle, "consigue dinero a través de robo/hurto" (p.144) como estrategia de supervivencia. A partir de ello, el 30,2% de ésta población "logra obtener entre 21 y 50 bolivianos, que le permiten cubrir por lo menos el costo de una comida al día y pagar su alojamiento por una noche" (p.145).

Sin embargo, en este espacio en el que se busca sobrevivir, se omiten los peligros, violencias, consumo de alcohol y drogas, frente a lo cual se encuentran desprotegidos y marginados. A esto se sumará la falta de afecto y el rechazo de sus familias y de la sociedad en general. Así, muchos se verán en la necesidad de mostrar agresividad como una forma de protegerse de los peligros existentes y de ocultar su miedo e inseguridad, además, se buscará conseguir cubrir esas faltas en su grupo de pares, adoptando las mismas acciones que les permite vivir el día a día (Diagnóstico Situacional de NNASC, 2014).

Es decir, en la calle encuentran un espacio de referencia e identidad, por lo que es muy común que establezcan espacios territoriales definidos, con normas y reglas propias, así como rituales de afiliación al grupo, este proceso de afiliación a sus grupos tiene requisitos diferenciados tanto para varones como para mujeres (Diagnóstico Situacional de NNASC, 2014; Pág. 29).

En este entendido, como bien menciona el Censo Nacional de NNASC (2014), se considera a la calle como un espacio que brinda a las niñas, niños y adolescentes (NNA) a crear lazos que no

tuvieron en el hogar, pese al riesgo que implica, "las personas tienen un solo fin, que es velar por sus intereses, y sobrevive el más fuerte" (p.146). El 30% de la población de calle, menciona que "la libertad es lo mejor que han encontrado en la calle, pero ésta a su vez está acompañada de experiencias buenas y desilusiones" (p.147), el 18% de la población "encontró en el consumo de drogas un desahogo y una respuesta a sus necesidades insatisfechas" (p.147).

Causas o factores hacia la vida en calle

Muchas veces la decisión de salir a las calles se halla en relación a muchas necesidades insatisfechas, mencionado anteriormente, a lo cual se suman otros factores que se han encontrado en noviembre del año 2014 tras el "Diagnóstico Situacional de Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle a nivel nacional" y son presentados en las siguientes categorías:

La familia: entendida como un sistema constituido por miembros unidos por relaciones de alianzas y/o consanguineidad, la cual lamentablemente se ha convertido en el principal factor de expulsión de NNA hacia la vida en la calle como consecuencia de Violencia intrafamiliar, comunicación deficiente o agresiva, abandono y desintegración familiar (p. 20).

La economía: recursos económicos en la familia, fruto de factores externos y estructurales que han llegado a una inequidad laboral, generan tenciones al interior de las familias, afectando directamente en las NNA y propiciando alto riesgo de expulsión a la calle. Por otro lado, este mismo factor de carencia de recursos suficientes promueve que muchos NNA se vean obligados a salir a trabajar en la calle, constituyéndose en un riesgo de explotación y vulneración de derechos (p. 23).

La educación: proceso por el cual se construyen conocimientos, habilidades, y se promueve el desarrollo personal, con la finalidad de una mejor integración con la sociedad. Sin embargo, este es otro espacio que genera expulsión de NNA hacia la calle, ya que por problemas económicos tiene que trabajar y paulatinamente deja la escuela, lo que ocasiona que se quede más tiempo en la calle, o también, por bajo rendimiento la niña o el niño prefiere quedarse en la calle con sus amigos y deja de ir al colegio (p. 22).

Efectos en la personalidad de NNA

Todos los factores previamente descritos desarrollan un impacto en NNASC que provocan sentimientos y emociones como los identificados en el Diagnóstico Situacional de Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle a nivel nacional (2014) que son: *la desmotivación* en los

quehaceres de la casa o su vida. *El deseo de libertad frente a los límites estrictos* de la familia y el deseo de experimentar cosas nuevas que sus padres no permiten o restringen, y a esto habría que sumar los cambios de desarrollo por los que está pasando.

En general, se debe considerar cuestiones relativas al marco social contemporáneo, las condiciones económicas, el contexto cultural, ya que no hay adolescente sin Otro social, es decir, sin el entramado social de padres, profesores, instituciones, lazos sociales y todo un mundo de adultos que los acompaña y cuyo desafío es que estén a la altura de su función, sea en el marco que sea. Asimismo, el dinamismo del universo tecnológico, los cambios mediáticos producidos en las últimas décadas han suscitado fuertes transformaciones en la manera en que los adolescentes se relacionan con el Otro y el sentido que le atribuyen los jóvenes a la experiencia de ser joven (Lora, 2014).

Así, según menciona M. Lora (2014), la adolescencia implica interrogar los saberes establecidos, las vacilaciones que conllevan no sólo conflictos generacionales, sino que se trata de identificar, reconocer y visibilizar la presencia de un Otro que es radicalmente enigmático, pues sus respuestas ya no corresponden a los modelos identificatorios clásicos, ni responden a los ideales que el sistema o el mercado establecen.

Las amistades y su influencia, así como la diversión en los juegos electrónicos, internet, tilines, etc. resultan en la etapa adolescente como agentes socializadores de gran significancia, pues aquellos cobran más importancia frente a la familia, y se evidencia la necesidad de pertenencia a un grupo, que tiene que ver con tener un lugar donde son reconocidos, entendidos, donde generan lazos, cohesiones y protección con sus pares, propician adhesión a grupos con los mismos intereses (Diagnóstico Situacional Nacional de NNASC, 2014), sin embargo, desde la estructura familiar de la que vienen y su contexto en general, no existen los suficientes recursos para discernir ciertos aspectos negativos para su desarrollo, pudiendo caer en elecciones negativas que favorecen la permanencia en calle.

Las y los adolescentes tienen que inventarse a sí mismas(os), enfrentar los obstáculos, pues viven sin lugar en la sociedad, son invisibles a la mirada de los adultos y de la comunidad. Sufren de experiencias de soledad, incomprensión, estigmatización y requieren no solo construirse a sí mismos, sino inventar ese lugar donde pueda existir, que no sea un lugar lejano, ni un sueño. Cada uno de los adolescentes como señala Foucault (1987) tiene que: "doblar la relación de fuerzas mediante una relación consigo mismo que nos permita resistir, escapar, reorientar la vida o la muerte con el poder (…) inventar nuevas posibilidades de vida" (Lora, 2014).

Es así que se pueden entender que si bien la calle se percibe peligrosa y con aspectos negativos por NNASC, también se muestra como un espacio para efectuar todas esas construcciones que se hallan en falta.

Justamente, es en esta búsqueda de respuestas y de construcciones, que las (os) NNA exploran diferentes espacios, siendo uno de ellos el espacio púbico, las calles, donde se encuentran diferentes grupos de NNA, quienes además se van a diferenciar por la motivación a la que acuden a dicho espacio físico, pues, además de la búsqueda y construcción subjetiva muchos NNA se encuentran en las calles por diferentes motivos que van a marcar una importante diferencia para discernir quiénes se sitúan ahí eventualmente o de forma permanente.

Niñas, Niños y Adolescentes presentes en espacio público

En el espacio público se puede encontrar a: niñas, niños y adolescentes trabajadores (NNATs), niñas, niños y adolescentes de alto riesgo (NNAAR), niñas, niños y adolescentes que son parte de pandillas (NNAP) y niñas, niños y adolescentes en situación de calle (NNASC), que suelen presentar las siguientes características.

Niñas, niños y adolescentes trabajadores (NNATS): Se considera niña, niño, adolescente trabajador (en el espacio público) a toda persona menor de 18 años que realice actividades productivas o presten servicios de orden material, intelectual u otros, como dependientes o por cuenta propia, percibiendo a cambio un salario o generando un ingreso económico.

Asimismo, Domic (1999) refiere que los niños, niñas y adolescentes trabajadores son víctimas del sistema socioeconómico, que, aunque no son necesariamente huérfanos son "abandonados obligados", son niñas (os) de barrios populares que se encuentran en un proceso psicosocial de alto riesgo, porque deben participar activamente en la canasta familiar, toman contacto con la "subcultura de la calle", están en riesgo de caer en la drogadicción y convertirse en "niños de la calle".

Niñas, niños y adolescentes que son parte de pandillas (NNAP): Refiere a asociaciones mayormente de adolescentes entre 11 y 18 años con una estructura jerárquica informal que se conforman por similitud de intereses. Es considerada como un tipo de familia donde existen lazos de solidaridad y valores compartidos.

Las pandillas juveniles surgen de la reunión o vivencia habitual de sus miembros en el barrio o en el colegio. Gran parte de estos grupos germina en el quehacer cotidiano y los espacios privilegiados son la esquina, en la plaza o en la cancha de fútbol del barrio. La adscripción a una pandilla es, en gran medida, un acto de construcción de identidad para jóvenes y

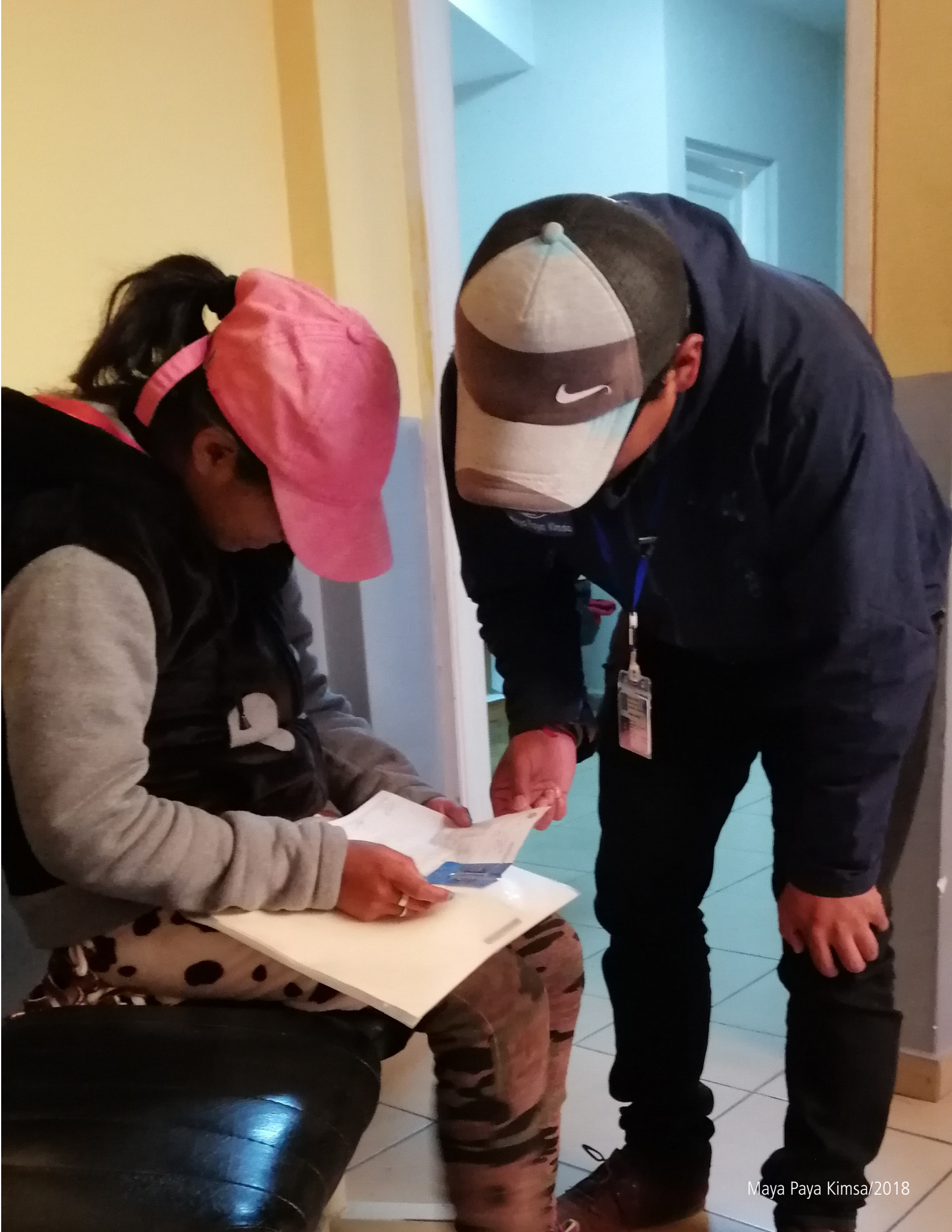
adolescentes que la componen. La grupalidad o comunidad dentro de una pandilla contribuye a que definan quiénes son ante ellos mismos y ante los otros (Mollericona, 2015).

Niñas, niños, adolescentes en alto riesgo (NNAAR): se consideran personas entre 6 y 18 años, quienes pasan frecuentemente un tiempo determinado en el espacio público sin supervisión de un adulto responsable y sin realizar una actividad económica o de supervivencia especifica. Además, son quienes se encuentran expuestos a lo que refería Montoya (1973), la probabilidad de sufrir cierta enfermedad o daño físico, emocional o en su salud en general.

Niñas, niños y adolescentes en situación de calle (NNASC): Según el CNNA, Ley 548, Art. 166, se define a esta población como aquellas personas que "… se han desvinculado total o parcialmente de sus familias, adoptando la calle como espacio de hábitat, vivienda y pernocte, o de socialización, estructuración de relaciones sociales y sobrevivencia".

Todas las poblaciones demandan acciones que promuevan alternativas de vida y ejercicio a su derecho de salud, particularmente, los aportes del presente trabajo busca la ejecución de acciones preventivas y de atención dirigidos particularmente a *población en situación de calle*. De esta manera se ha definido como población meta a *niñas, niños en situación de calle* esencialmente, pues son quienes han roto, total o parcialmente, sus vínculos familiares, adoptando la calle como su espacio de hábitat y pernocte (Maya Paya Kimsa, 2011).

Es de gran importancia considerar a esta población para la atención en salud, pues como menciona Maya Paya Kimsa (2011) si bien incorporan a su cotidianidad estrategias creativas de supervivencia, habilidades y destrezas, reflejando el deseo de mejorar y cambiar su condición de vida, pese al medio hostil en el que viven, aún son víctimas de malos tratos y vulneración de sus derechos. El acceso a la salud es uno de los ámbitos primordiales para abordar y ejercer acciones, pues muchos en la búsqueda de su autonomía e independencia, optarán por estrategias que puedan "camuflarlos" y dar a pensar que esta población está desapareciendo. Por el contrario, se hallan cada vez menos visibles o camuflados para evitar los estigmas sociales y lograr acceder a mejores condiciones de vida. Es así que, el hecho de que busquen espacios menos expuestos para dormir, que vistan mejor, o acojan a sus compañeros en el sitio donde se encuentran (alojamientos o sus mismas casas) no significa que han dejado la dinámica de calle, pues las relaciones sociales, laborales (hurto, violencia sexual, otros) siguen vinculados a la situación de calle. El Anexo 1. Permitirá comprender de manera más detallada estos aspectos.


Maya Paya Kimsa/2018

CAPITULO I: GENERALIDADES

Las diversas dificultades que a lo largo del tiempo persisten y la necesidad de ser atendidas con inmediatez han desarrollado metodologías e instrumentos para permitir obtener información y comprender la problemática desde diferentes ámbitos.

El Diagnóstico Situacional Nacional en NNASC (2014) expone posibles alternativas frente a esta realidad en los diferentes ámbitos que afectan a cada persona que llega a situación de calle y se describen a continuación: en el *ámbito familiar*, como el principal factor expulsor de las NNA a la condición de calle, ante la ausencia de mecanismos de protección, recomiendan desarrollar programas y políticas dirigidas a las familias que coadyuven a mejorar sus condiciones de vida, así como generar conciencia de los derechos de los niños y mayor responsabilidad de los progenitores hacia sus hijos, reduciendo la violencia e incentivando la comunicación al interior (p.39). También, recomiendan consolidar *espacios saludables y amigables* para el tiempo de ocio de los adolescentes, ya que es necesario contar con diversas actividades grupales donde las NNA puedan generar una identidad de grupo positiva y proyectar sus acciones en bien de la comunidad, coadyuvando con el desarrollo de sus habilidades sociales y emocionales (El Diagnóstico Situacional Nacional en NNASC, 2014; p.39).

Asimismo, según el Protocolo Nacional en NNASC (2016), en el proceso de desarrollo del "Modelo" se han identificado algunas debilidades del Sistema de Protección de la Niñez y la Adolescencia, tales como: Ausencia de liderazgo de un ente regulador y articulador de las diferentes acciones (falta de prioridad a la temática, falta de continuidad en las funciones de articulación); Insuficiente coordinación de políticas públicas entre las diferentes instancias involucradas. Así como poca claridad sobre sus atribuciones, roles, responsabilidades y competencias específicas; problemas de coordinación entre instituciones públicas que duplican esfuerzos y cambian de personal permanentemente, lo que ocasiona deficiencia en el servicio y retrasos en los proceso; Ineficiencia en los procesos de denuncias y medidas de protección (Policía, Defensoría de la Niñez y Adolescencia, etc.); deficiencias en la cobertura y en la articulación de servicios y ofertas para la prevención y atención a NNASC (salud, educación, protección, etc.); carencia de profesionales especializados en la problemática y con habilidades técnicas para una intervención adecuada; falta de corresponsabilidad de la sociedad hacia la problemática, de la cual una parte se aprovecha y se beneficia a partir de

las necesidades de las NNASC; estrategias coercitivas y asistencialistas para la atención a la problemática de NNASC que no apuntan a respuestas estructurales y sostenibles a largo plazo.

Al respecto, el Viceministerio de Seguridad Ciudadana (VMSC), según lo establecido en el Plan Nacional de Seguridad Ciudadana, y en el marco del Proyecto de Poblaciones Vulnerables, impulsó la elaboración del *Modelo Integral e Intersectorial para la Atención y Prevención de NNASC*, con la participación del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades (VIO), los Servicios Departamentales de Gestión Social (SEDEGES), redes inter-institucionales de ONGs, organizaciones de la sociedad civil y el apoyo de UNICEF.

Así, se denota que es el Estado Boliviano quien debe convertirse en el principal garante de los derechos de las NNASC, a través de sus instituciones en todos los niveles, como ser el Ministerio de Justicia, el Viceministerio de igualdad de Oportunidades, los Juzgados de la niñez, los Servicios departamentales de Gestión Social o los Servicios Departamentales de Políticas Sociales y a nivel municipal las Defensorías de la niñez, en coordinación con organizaciones de la sociedad civil, son quienes tienen en sus mandatos institucionales la finalidad de proteger y restituir los derechos de las NNASC, mejorando los servicios de prevención y atención tras la articulación de acciones interinstitucionales e intersectoriales que llevan adelante el fortalecimiento del Sistema de Protección (Diagnóstico Situacional Nacional, 2014; p. 3).

De esta manera, se persiste en establecer lineamientos para la acción conjunta y participativa de las instituciones que trabajan con esta población, en base a los diferentes diagnósticos situacionales realizados en ciudades como Cochabamba, El Alto, La Paz y Santa Cruz y todo un estudio teórico y práctico que coadyuvan en la realización de trabajos más acertados y con mayor impacto frente a esta realidad. A partir de esto, se expondrán los conceptos esenciales que se deben clarificar para un mejor entendimiento de la problemática de NNASC.

I.1. Marco Conceptual

I.1.1. Niñas, niños y adolescentes en situación de calle (NNASC)

Además de la definición inicial que se citó en la Ley 548, Art. 166 sobre esta población, y según el Protocolo Nacional de NNASC (2016), es importante establecer las siguientes variables que pueden dar nociones de estar frente a una niña, niño o adolecente en situación de calle:

• Pernocte: Si el pernocte o estadía nocturna en calle ha pasado de pequeñas estancias a largas temporadas en lugares como alojamientos o torrantes.

• Afiliación a grupo de pares: Si se ha alcanzado algún tipo de identificación con algún grupo o núcleo de calle estable, es decir, que tengan una territorialidad e identidad definida.

• Actividades de supervivencia: Cuando sus actividades de supervivencia y estadía en calle pueden variar fácilmente en actividades tanto lícitas como ilícitas.

• Consumo: Cuando el consumo ha dejado de ser esporádico y ha aumentado en intensidad y frecuencia, afectando los niveles físicos, comportamentales, afectivos y emocionales.

• Lenguaje: Cuando por el tiempo de estadía en calle, se adquieren características propias de la subcultura, como el manejo del lenguaje y de códigos que significan la experiencia de vida en calle (juegos, palabras, denominación de lugares, personas e instituciones).

• Ruptura total o parcial de los vínculos familiares: Esta ruptura se puede dar de forma progresiva o de forma total y violenta, dependiendo de la dinámica familiar. Se ha constatado que las niñas, niños o adolescentes víctimas de maltrato en sus hogares realizan una ruptura total de sus vínculos familiares.

Sin embargo, en el Perfil del destinatario Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle existen varios criterios que identifican o caracterizan a esta población, que por la dinámica de la calle pueden variar, cambiar o fluctuar, es decir, no necesariamente se cumplen la totalidad de estas características para determinar si es o no una NNASC. Además, el análisis no puede limitarse únicamente a los ejemplos de características descritas, ya que por la dinámica cambiante de la calle y el contexto local, dichas características pueden complejizarse (Protocolo Nacional de NNASC, 2016; P. 49).

I.1.2. Enfermedades prevalentes en Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle (NNASC)

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018), define enfermedad como aquella "Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible". A partir de esto, se podrá hablar de enfermedades prevalentes, entendiendo inicialmente que la prevalencia nombra el índice de individuos que padecen cierta enfermedad dentro del total de un grupo de personas. Se trata, por lo tanto, de las variables en cuanto al contexto y situación del paciente con mayor probabilidad de desarrollo de una determinada patología. Esto permite el análisis en diversos problemas de salud que permiten el desarrollo de políticas de salud pública, buscando que los ciudadanos se mantengan saludables o que aquellos que se han enfermado, puedan curarse o recibir el tratamiento adecuado (Suárez, 2010). En este sentido, Maya Paya Kimsa (2009) describe como enfermedades prevalentes en NNASC a las siguientes:

- *Enfermedades dermatológicas*

Las niñas, niños y adolescentes en situación de calle, presentan enfermedades parasitarias, como Escabiosis y Pediculosis. Estas enfermedades pueden tratarse fácilmente, pero, por la mala higiene se pueden complicar, impetiginizándose y provocando excematización de las lesiones. Asimismo, son comunes la micosis o tiña pedís y las verrugas. El aseo en ríos y duchas populares o el uso de calzados mojados suelen ser influyentes para la adquisición de estas enfermedades en la población en situación de calle y sólo cuando se encuentran con cuadros crónicos o malestares muy elevados es cuando solicitan asistencia médica.

- *Enfermedades del aparato locomotor*

- *Enfermedades traumáticas:* La vida en la calle no está exenta de violencia y agresiones. Los niños, niñas y adolescentes en situación de calle debido a la interacción con sus pares, empleadores, brigadistas municipales y policías, suelen presentar contusiones, hematomas, esguinces, heridas de diferente tamaño y profundidad. En la mayoría de los casos, estas heridas no son atendidas, provocando infecciones severas. Igualmente, son frecuenten las quemaduras ocasionadas principalmente por inhalantes, mismos que suelen ser escondidos en la ropa y que al derramarse ocasiona quemaduras hasta de 2do grado, asimismo, suelen ser ocasionadas por las llamadas "giliadas" [1] que intentan quemarlos como una forma de justicia comunitaria.

- *Enfermedades no traumáticas:* Las enfermedades no traumáticas serán concebidas como consecuencias de las actividades laborales de los niños, niñas y adolescentes. En este sentido, son frecuentes los trastornos posturales y de columna, debido a una mala postura o encorvamiento de la columna, como aquella necesaria para lustrar calzados, sufren de lumbalgias y mialgias. Así también, los voceadores adolecen de laringitis crónica por los esfuerzos laríngeos a los que se someten incluso durante diez a doce horas de trabajo.

- *Enfermedades nutricionales*

A nivel nacional, el problema de la desnutrición es una preocupación de las diferentes entidades gubernamentales. "La prevalencia de la desnutrición aguda afecta al 1,3% de la niñez boliviana. Este fenómeno afecta al 1,5% de los niños del área rural y al 1,1% de los niños del área urbana. La desnutrición aguda severa también presenta diferencias: 2% en el área urbana y 0,4% en el área rural" (Violencia contra la niñez en Bolivia, 2003; p. 93).

[1] Grupos de personas promovedoras de ejercer justicia, golpeando y quemando a supuestos antisociales.

Los niños, niñas y adolescentes en situación de calle pueden tener cualquiera de los trastornos alimenticios descritos, pero, por su condición de vida, los riesgos son más elevados. El consumo de productos de dudosa procedencia puede ocasionar desnutrición, anemias y talla baja. Los problemas nutricionales son tanto agudos como crónicos. Esta condición puede ser producto de una alimentación inadecuada o mal balanceada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas, así como el consumo de inhalantes para mitigar la sensación de hambre, sueño o cansancio.

- *Enfermedades odontológicas*

Las niñas, niños y adolescentes en situación de calle no tienen buenos hábitos de higiene bucal y descuidan su limpieza, debido a la falta de información y a la carencia de objetos de higiene. Esta situación incide en la generación de caries dentales, restos radiculares y abscesos peri apicales, que con el tiempo pueden condicionar cardiopatías. Una buena salud oral condiciona una mejor nutrición, ésta puede influir en la presencia de enfermedades sistémicas y nutricionales. Por lo general, un niño, niña o adolescente en situación de calle sólo asiste al servicio médico odontológico cuando tiene dolor de muelas, buscando un comprimido que alivie su molestia.

- *Patologías digestivas*

Las patologías digestivas frecuentes son diarreas, bacterianas o amebianas. La ingesta de alimentos que no son higiénicamente elaborados, la comida guardada, las sobras recogidas en pensiones, mercados o basureros, y la higiene personal de la población de calle, generan cuadros diarreicos agudos, parasitosis y salmonella.

- *Enfermedades respiratorias*

Entre las enfermedades respiratorias destacan la bronquitis o neumonía. Por lo general, las infecciones en las vías respiratorias tienen corta duración pero con una vida en calle llegan a grados complicados que necesitan ser valorados por especialistas. Estos cuadros se presentan como consecuencia inmediata de su sometimiento a las condiciones de frío y cuando pasan las noches a la intemperie[2].

- *Consumo*

- *Consumo de sustancias psicoactivas:* Datos de la Dirección Nacional de Prevención y Drogadicción (DINAPRE, 1992) establecen que en el consumo de sustancias psicoactivas en

[2] Salud para todos, 2000: p. 9

adolescentes bolivianos prevalecen el abuso de alcohol 40%; abuso de tabaco 27%, abuso de inhalantes 2,9%; abuso de marihuana 2,6% y abuso de cocaína 2.0% [3]. El consumo puede llegar a interferir en la relación familiar, personal o social, produciendo daño físico, psicológico y social, demostrado en inestabilidad o disgregación familiar, violencia o abuso físico o sexual, bajo rendimiento escolar, baja autoestima o personalidad agresiva.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) asegura que el abuso de drogas es uno de los problemas de salud más graves que enfrentan los niños, niñas o adolescentes en situación de calle de todo el mundo. Por lo general, consumen drogas accesibles y baratas, como inhalantes (thinner y clefa) y alcohol produciéndoles problemas físicos, como el síndrome de abstinencia, convulsiones, cambios en el ritmo cardiaco, deterioro del sistema nervioso central, encefalopatías y neuropatías periféricas, daño hepático y renal e incluso muerte súbita, etc., viven alucinaciones, paranoia, depresión, neurosis, delirio de persecución, etc. En menor medida recurren a pasta base, marihuana y cocaína.

- *Consumo de fármacos legales e ilegales:* las niñas, niños y adolescentes en situación de calle acuden a las farmacias en busca de medicamentos que alivien sus dolores o malestares, pero esta práctica ni siquiera se desarrolla responsablemente.

- Problemas durante el embarazo

Estos riesgos son mayores cuando se trata de embarazos en niñas y adolescentes en situación de calle, porque debido al insuficiente desarrollo físico, inmadurez psicológica, consumo de sustancias psicoactivas, ITS, y/o desnutrición, se presentan complicaciones durante el embarazo, incidiendo en la presencia del síndrome de muerte súbita del lactante, malformaciones del sistema nervioso central, del tracto genitourinario y gastrointestinal, depresiones de la conducta neurológica del recién nacido, además de abortos espontáneos y provocados, desprendimiento prematuro de placenta y muerte fetal ante parto.

Normalmente, las adolescentes embarazadas en situación de calle no asisten a controles prenatales y cuando lo hacen suelen estar con más de cuatro meses de gestación. Estas actitudes responden a razones personales, como también, a la falta de atención médica orientada a sus características y condición de vida (Moreno, 2007). Por tales razones, las niñas y adolescentes recurren a la automedicación y a la medicina tradicional.

- *Enfermedades infecciosas*

[3] Citado en "Norma Nacional, Reglas y Protocolos Clínicos para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes". 2005.

Como se ha ido mencionando, las niñas, niños y adolescentes en situación de calle, se encuentran expuestos a contraer diferentes enfermedades infectocontagiosas, presentan patologías de base como desnutrición, VIH, anemias, más aún cuando existen factores de riesgo socioeconómicos. Así, por su condición de vida, pueden presentar tuberculosis, fiebre tifoidea e infecciones urinarias. Estas enfermedades son provocadas por la mala alimentación, el hacinamiento, el consumo de sustancias psicoactivas y la carencia de hábitos saludables. La experiencia de trabajo con NNASC ha evidenciado que en esta población hay tendencia a contraer tuberculosis, tanto pulmonar como extrapulmonar; existe una elevada tasa de abandono de tratamientos, que crece más por la dificultad de realizar seguimientos exitosos.

Al observar mayor prevalencia y demanda de atención y prevención en temática de ITS, TB, VIH y SIDA, se realizará en un siguiente apartado una revisión más detallada.

I.1.3. VIH –SIDA, Tuberculosis (TB) e ITS

Muchas niñas, niños y adolescentes en situación de calle maduran sexualmente de manera precoz, sea por abusos sexuales o por la competencia entre sus pares. En este contexto, no hay educación ni prevención sobre salud sexual y reproductiva, por lo que las enfermedades se propagan de manera alarmante, siendo de gran importancia ahondar en algunas de ellas que presentan mayormente la población en situación de calle.

VIH – SIDA: Se lo define a partir del Modelo de Atención de la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), como el virus de inmunodeficiencia humana, causante de la infección del mismo nombre. Las siglas "VIH" pueden referirse al virus y a la infección que causa; el SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es la fase más avanzada de la infección por el VIH.

El VIH ataca y destruye las células CD4 del sistema inmunitario que combaten las infecciones. La pérdida de células CD4 dificulta la lucha del cuerpo contra las infecciones y ciertas clases de cáncer. Sin tratamiento, el VIH puede gradualmente destruir el sistema inmunitario y evolucionar al SIDA (INFOSIDA, 2018).

Tuberculosis (TB): según Arévalo y Colbs (2015), la TB alude a los bacilos de la tuberculosis pueden vivir en el cuerpo sin que la persona se enferme se sienta mal o tenga síntomas. Esta es la infección de tuberculosis latente. En la mayoría de los casos las personas que inhalan los bacilos de la tuberculosis, se infectan, sus cuerpos pueden combatir las bacterias para impedir que se multipliquen, no son contagiosas y no transmiten las bacterias de la tuberculosis a otras personas. En cambio cuando estas bacterias se activan y se multiplican en el cuerpo, la persona pasará de tener la infección a enfermarse de tuberculosis. Para las personas con sistemas

inmunitarios debilitados, especialmente las que tienen la infección por el VIH, el riesgo de enfermarse de tuberculosis es mucho mayor que para las personas con sistemas inmunitarios normales.

Las Infecciones de transmisión sexual (ITS): son infecciones que se propagan por medio de contacto con ciertos líquidos corporales de una persona que tiene el VIH (Sangre, Semen, Líquido preseminal, Secreciones vaginales, Secreciones rectales, Leche materna) a otra por medio del contacto sexual, incluso por relaciones sexuales por vía anal, vaginal u oral. La propagación del VIH de una persona a otra se llama transmisión del virus. La propagación del virus de una mujer seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia materna se llama transmisión maternoinfantil (Centro para el control y la prevención de enfermedades [CDC], 2018).

Maya Paya Kimsa/2018

CAPITULO II:
SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La temática de las Niñas, Niños, Adolescentes en Situación de Calle (NNASC) es uno de los problemas sociales más complejos del país que evidencia el estado crítico de esta población, y varía e incrementa su complejidad de acuerdo al tiempo de permanencia en la calle, las proyecciones indican que si se mantienen las actuales condiciones de las NNASC y no se toman acciones para enfrentar esta situación, se puede presentar un escenario en el que los niveles de mortalidad de esta población se incrementen (UNICEF- Viceministerio de Seguridad Ciudadana, 2014).

Este problema deviene de la desintegración de los hogares, poca comunicación o ruptura de las relaciones con sus familias, mientras que otras causas, están referidas al maltrato y la falta de espacios donde las NNA puedan acudir; motivos que los lleva a refugiarse en la calle en busca de protección, expuestos a ser influenciados, muchas veces, por líderes negativos que los llevan a delinquir.

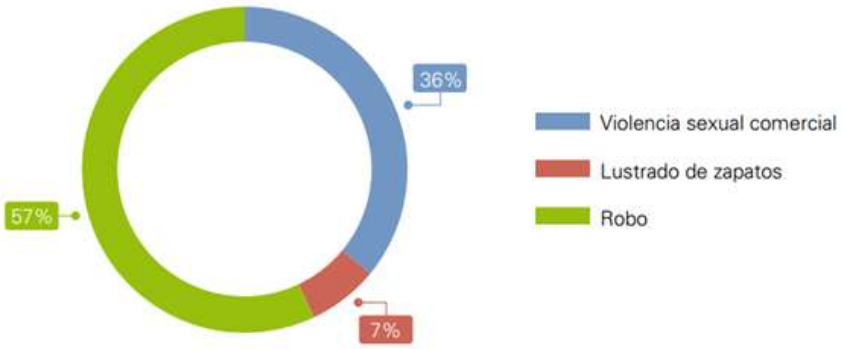
Particularmente en la ciudad de El Alto, la problemática de NNASC es un tema social que amerita inmediata atención, principalmente por los riesgos que afronta esta población como resultado de la pobreza, el abandono, alcoholismo, drogadicción, violencia física y psicológica, violencia sexual comercial, además de la deserción escolar, y el deterioro de su salud física y mental. Esta situación involucra cada vez más a un mayor número de NNA en situación de vulnerabilidad, afectando inclusive a familias enteras (Diagnóstico Situacional Nacional de NNASC, 2014).

En ese sentido, es importante considerar que el mayor factor de expulsión es la violencia física y psicológica ejercida por sus familiares que provoca en ellos sentimientos de inseguridad y temor, sufriendo altos niveles de estrés, que desembocan en el abandono de hogar; otro factor muy común es la falta de control ejercido por los padres, que provoca que los niños y adolescentes generen sus relaciones sociales en la calle, muchas veces ligadas al alcohol o drogas. Entre los factores comunes están la falta de comunicación y la violencia al interior de las familias Diagnostico Situacional Nacional, 2014).

Además, se identifican como motivos para la permanencia en la calle según el Censo Nacional de NNASC, 2014) a: las decepciones, ya que "el 24% de ésta población ha sufrido una experiencia dolorosa que ha generado decepción" (p.146), se puede nombrar la falta de cariño, el consumo de sustancias por parte de los padres, y el hecho de que éstos mismos los hayan echado de su hogar, entre otros. El 20,1% de la población, menciona que el maltrato ya sea físico, psicológico o sexual, es otro motivo de permanencia, lo cual deriva en otro factor que es el miedo, dónde el 13% de la población se siente identificada. Cabe resaltar que existen muchas niñas, niños y adolescentes en situación de calle que son parte de segundas y hasta terceras generaciones.

Se presentan muchas aristas que inicia desde que los NNASC han hecho de la calle el lugar donde viven y conviven, haciendo de esto una dinámica particular y común, dejando como resultado el incremento del índice de pobreza, incremento de la actividad delictiva por la necesidad de obtener ingresos por fuentes riesgosas e ilícitos, las mismas que son expuestas en 3 grupos a continuación: Violencia Sexual Comercial (36%), robo (57%) y lustrado de calzados (7%) (Seguridad ciudadana del Ministerio de Gobierno y de derechos y un enfoque de protección de UNICEF, 2014).

Gráfico 1: Estrategias Económicas.



Fuente: Viceministerio de Seguridad Ciudadana – UNICEF. 2014: 17p.

Muchas veces la población NNASC, en el desarrollo de sus estrategias de supervivencia, frecuentemente son vistos como una amenaza por los comerciantes o ciudadanos, culpándolos de los elevados índices de criminalidad y de la falta de seguridad, muchas veces, estereotipándolos como drogadictos o malhechores, sin considerar su condición de vida, que al ser víctimas de violencia y abuso, son los más vulnerables a contraer infecciones y ser

transmisores de enfermedades mortales como el VIH/SIDA, convirtiéndolos en marginados, sin derechos ni futuro.

Además, se da cuenta que otra arista del problema es la vulneración de su derecho a la salud, un aspecto de alarmante atención ya que la mayoría de ésta población sufre diversos problemas de salud y tienen dificultades de acceso al sistema sanitario por miedo, discriminación y coste. Tienen un significativo consumo de drogas, mayor que la media nacional, pero con un orden de prevalencia de sustancias igual al del resto del país, viven con recursos propios, pero escasos (Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, 2014).

También, el Censo Nacional de NNASC (2014) muestra que "el 66,9% no tiene acceso a atención en **salud**" (p.140), esto se debe a diversos factores como el "económico, falta de documentación, de sensibilización de parte del personal de salud generando discriminación por su apariencia física" (p.140). En cuanto al consumo, la edad de inicio "se observa que en la totalidad de los casos se inició entre los 14 y 15 años" (p.142) cuyas causas probables son "inclemencias del tiempo, la falta de alimentación, u otras adversidades peores sin paliar o contrarrestar de algún modo el dolor" (p.142), en cuanto a la frecuencia "se observa que la población en situación de calle lo realiza diariamente. Entre las sustancias más consumidas se encuentran los inhalantes, el alcohol, la marihuana y la pasta base de cocaína" (p.142). Un 11,7% de las mujeres en situación de calle, con el fin de cubrir sus necesidades básicas, son víctimas de Violencia Sexual Comercial.

Particularmente, según menciona Lazo y Losantos (2017), la población en situación de calle como un grupo vulnerable está altamente expuesto a *infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA y tuberculosis,* entre las enfermedades de mayor prevalencia que evidencia a otras problemáticas como ser: las malas condiciones de salubridad y prácticas de interacción que se dan en los grupos, las dificultades institucionales para ofrecer las rutas de atención requeridas y la misma condición de exclusión social a la que son sometidas permanentemente por el resto de la sociedad.

Al respecto, el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA en Bolivia tiene registrado a nivel nacional, desde 1985 hasta octubre de 2016, 17.344 personas que tienen esta enfermedad. De enero a octubre de ese año se registraron 1.842 nuevos casos, según el Ministerio de Salud. Así también, la distribución de casos por departamentos revela que Santa Cruz ocupa el primer lugar con el 47,7 %, La Paz con 20,4 % y Cochabamba con 19,1 %. El 62% de los casos con VIH/SIDA están entre los 15 y 34 años, mostrándose que la enfermedad es "eminentemente joven", además que el 96% se producen por transmisión sexual (Ibíd.).

Una importante investigación de Lazo y Losantos (2017) desarrollada en el contexto boliviano, evidencia que el VIH - SIDA se ha convertido paulatinamente en una problemática que se encuentra concentrada sobre todo en poblaciones en situación de vulnerabilidad social, tal es el caso de la población en situación de calle, que más allá de las dificultades que atraviesa, dada su condición, es uno de los principales grupos en riesgo para la transmisión de esta enfermedad; que relacionadas al plano psicológico y social en muchos momentos pueden ser tan graves o más que la propia enfermedad, tales como ser: estados depresivos con ideas de suicidio, temor a la muerte, trastornos de la ansiedad y/o del estado del ánimo, aumento de la violencia familiar por el nivel de estrés y ansiedad, ruptura de relaciones socio-laborales y familiares, aislamiento, falta de recursos sociales, incumplimiento de la adherencia al tratamiento por falta de información, etc. (Asociación Apoyo Positivo, 2007).

Otra característica identifica que el deterioro de las capacidades cognitivas por consumo de sustancias, está relacionado al periodo de tiempo con la edad de inicio de vida en la calle, resultando complicado determinar éste aspecto, "en la población femenina se registra desde los 12 o 13 años o más tarde, mientras que los varones inician la vida en calle a partir de los 7 u 8 años, por testimonios de algunos Educadores de Calle" (Maya Paya Kimsa, 2009, p.25). El vivir en la calle por mucho tiempo hace más difícil que puedan retornar a sus familias o ingresar a instituciones ya que les cuesta más el poder adecuarse a vivir "encerrados" con normas y reglas.

En los últimos años, atendiendo las demandas sociales y de exclusión descritas, se han empezado a realizar análisis en poblaciones específicas cuyas características sociales, culturales y de condición individual son variadas, poniendo en riesgo sus procesos de salud-enfermedad, por no saber diferenciar, las acciones a partir de la atención y la prevención considerando que en el espacio público existen diversas poblaciones (no sólo aquellas que permanecen en calle sino otras que se encuentran ahí en alto riesgo).

Sumado a las problemáticas ya mencionadas, se identifica la situación de niñas y adolescentes gestantes, realidad latente y demandante de mayor atención y cuidado teniendo en cuenta que además hay una vida más de por medio, la de un posible bebé infectado, ésta problemática puede estar ligada, en muchos casos, y con mayor grado de vinculación a NNASC con VIH, debido a varias causas como ser: el matrimonio infantil, el abuso sexual, pobreza, falta de acceso a servicios y educación reproductiva.. "Todos los años, 7,3 millones de niñas menores de 18 años dan a luz" (UNFPA, 2013, en Unicef, 2013, p. 3). De acuerdo a éstos factores "es más probable que una niña quede embarazada en circunstancias de exclusión social, pobreza, marginalización y desigualdad de género, donde no puede gozar o ejercer plenamente sus derechos humanos básicos" (UNFPA, 2013, en Unicef, 2013, p. 2), a partir de lo

cual "su salud, educación, potencial de obtener ingresos y todo su futuro pueden estar en peligro, y puede quedar atrapada en una vida sumida en la pobreza, la exclusión y la impotencia" (UNFPA, 2013, en Unicef, 2013, p. 18).

Se ha observado que las 441 personas analizadas, el 56% (249) no presentaban ninguna de las patologías en estudio; en cambio el 37% (161) presentaban algún tipo de Infección de Transmisión Sexual (ITS), en cuanto a la situación del Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) en personas que viven en la calle, el 5% estaban infectados con el virus y el 2% desarrollaron la enfermedad y luego fallecieron. Este espectro epidemiológico arrojó un perfil de alto riesgo en esta población. Por la tendencia observada, se calculó un 7% de prevalencia que significa además un alto riesgo de transmisión para la población en general, debido a sus actividades y comportamientos Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas, 2015).

Al diagnosticar a NNASC que se encuentran infectados, constituye en un estresor crónico que afecta sus relaciones sociales, su salud mental, física y por lo tanto a sus oportunidades de vida, al tratarse de la población de adolescentes y jóvenes en situación de calle, es probable que ellos tengan varias parejas tanto dentro como fuera de su grupo de calle y que cuyas prácticas sexuales son usualmente realizadas sin protección, tornándose complejo llevar a cabo ciertos requisitos que coadyuven en mejorar su salud. A esto se suman las condiciones de un ambiente donde se han deteriorado los espacios tradicionales como la familia y la escuela (Lazo y Losantos, 2017). Por otro lado, pone en primer plano la intrincada relación existente entre la conducta del individuo y el desarrollo de una enfermedad (UNFPA, 2013). Muchas niñas, niños y adolescentes en situación de calle sufren de falta de apoyo en su familia y discriminación por la sociedad en general, ahora no sólo por su condición de vida sino por ser portadores de este virus.

De esta manera, se puede comprender que la adherencia al tratamiento no depende solamente de la actitud que vaya a tomar la persona, sino que son resultado de una dinámica de factores propios del individuo, de la enfermedad, del contexto y de su interacción (Lo Santos, 2017).

También es importante resaltar como problema mayor, la ausencia de acciones en la aplicación de los mandatos legales que competen a las instituciones, pues hay un vacío de participación activa del Estado en precautelar los derechos y protección a esta población en crecimiento, donde no se percibe planes, programas de acompañamiento – seguimiento, atención psicológica e individualizada a lo largo del proceso; cayendo en la derivación de

espacios físicos donde no se trabajan de manera significativa para estas personas, movilizándose de sus hogares a las calles nuevamente.

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre las acciones de qué se está haciendo para atender a ésta población, cómo brindarle, en el marco de sus derechos, un acceso a la salud, y por qué se debe persuadir a las familias no ser las principales expulsaras de NNA, para evitar más llegadas de personas a esa situación, cómo se está previniendo aquello.

II.1.Diagnóstico situacional en la niñez, adolescencia en calle y VIH – SIDA

El diagnóstico parte de la identificación de problemas, de la temática abordada, con el objetivo de encontrar las causas: externas o internas y brindar soluciones que ayuden a resolver el problema y convertirlas en estrategias.

Los estudios realizados en la temática NNASC, permitió identificar los factores expulsores[4]de NNA hacia las calles, presentados en las siguientes categorías:

La familia: como el principal factor de expulsión de NNA hacia la vida en la calle, como consecuencia de: violencia intrafamiliar, carencia afectiva, comunicación deficiente o agresiva, abandono y desintegración familiar.

La economía: tenciones internas, obligando a salir a la calle a todos los miembros de la familia, a objeto de generar ingresos, constituyendo alto riesgo de explotación y vulneración de derechos de NNA.

La educación: el fracaso escolar es otro espacio que genera expulsión de NNA hacia la calle, ya que por problemas económicos el NNA tiene que trabajar y abandonar la escuela, o también, por bajo rendimiento la niña o el niño prefieren quedarse en la calle con sus amigos, evitando sus responsabilidades.

Estos factores, sumado a factores *Atractores*, asociados al estado emocional y expectativas en mejorar su condición, producen efectos en la personalidad de los NNA, que refuerzan las tendencias de salida a la calle con el propósito de ser reconocidos y respetados, donde se les brinden afecto y protección.

En el diagnóstico de la intervención psicosocial en NNASC en El Alto, reitera que los motivos para que las NNA salgan a las calles evidenciando que los conflictos familiares con representan un 36%; los problemas en la escuela un 18%; y problemas de participación un 11%.

[4] Protocolo para la Prevención y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle, Viceministerio de Seguridad Ciudadana-Unicef, La Paz, 2014; y Diagnóstico de Metodologías de Intervención en Calle en el Municipio de El Alto, Oscar Martínez, marzo,2019

Igualmente, mediante las entrevistas realizadas para la elaboración del presente documento, se ha podido obtener datos tanto de las y los usuarias(os) como de las personas que trabajan con esta población. Y, de igual forma, se ha podido ver un impacto en los diferentes ámbitos (social, cultural, educativo, económico, familiar, etc.), mismos que demandan una atención para un acción preventiva o de atención.

Independientemente de los ámbitos que se afecte, existen construcciones que se han evidenciado tras la sistematización de datos, donde se manifiesta a la "carga social o estigma" como el efecto más desgarrador, incluso se percibe a este con un mayor impacto que la misma enfermedad. Al respecto, si bien existen profesionales capacitados, se denota una deficiencia en la trasmisión de mensajes y en la colaboración en todo el proceso de acompañamiento de personas que se encuentran afectadas o con riesgo en su salud, pues no existe una articulación fortalecida entre programas, por el contrario, se efectúan acciones mediáticas que se disuelven en el tiempo.

Además, existe escasa reflexión sobre la calidad y calidez de servicio, los horarios de atención, la aparente falta de compromiso o seriedad para el cumplimiento de las citas por los educadores de calle, etc. Estas variables yacen de demandas que se hallan problemáticas para las y los usuarias(os), siendo aspectos que deben considerarse para responder con acciones más oportunas y efectivas que cumplan con los derechos de la salud de NNA.

Al respecto, se presentan algunas citas discursivas de NNASC entrevistadas(os) que evidencian lo expuesto anteriormente:

"(...) no sé si los doctores me han mirado con desprecio, no sé con qué, pero sólo quería, yo quería hacerme atender ese día que he llegado al Hospital de Clínicas y no me han atendido (...)"

"...Es algo malo vivir con eso del VIH..."

"...La vez que fui, hace poco con mi hermana, me dijeron que no podían atenderme y que debía venir con una persona mayor, pero les expliqué que mi hermana era mayor de edad, pero no querían, si osi tenía que venir con mi mamá o papá y yo no puedo, porque no me llevo nada bien..."

"...pero el rechazo más grande por las enfermeras de este centro quienes me hacían muchas preguntas y me juzgaban por mi apariencia y el olor que tenía porque no me había bañado casi una semana ni cambiado mi ropa interior..."

"...pero cuando necesitas dinero sí. Mayoría viejos de 40, se vuelven caseros, de la que ya sabes, tiene hartos caseros, creo que ya tiene VIH, me han dicho, los chicos me han dicho, a su hijito no le da pecho, mamadera le da, así me han dicho los chicos, no te juntes con ella, por eso no hablo con ella..."

Asimismo, se han explicitado ciertas condiciones a las que las Niñas y Adolescentes se encuentran coartadas para sobrevivir. Al ser la violencia sexual una de las principales estrategias de supervivencia adoptada mayormente por niñas y adolescentes en situación de calle, se encuentran expuestas en alto riesgo de incrementar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, frente a lo cual algunas instituciones se encuentran trabajando con mínimos resultados. Las mujeres en situación calle son más vulnerables al *comercio sexual,* convirtiéndose en una actividad rentable, lucrativa de obtener dinero, con gran peligro en salud (física y psicológica), pues, genera una cadena de transmisión y otros problemas como el embarazo precoz no deseado, entre otros.

También, el *Consumo en NNASC* puede ser precursor de altos riesgos, particularmente en salud y no sólo al estar en situación de calle, pues el consumo de sustancias nocivas se relaciona incluso con la variable de padres consumidores, haciendo que crezcan naturalizando esta práctica, convirtiéndose en una población de alto riesgo, ya que tienen un consumo indirecto cuando están en actividades de sus padres, estos niños no tiene poder de decisión y ésta población se ha ido incrementando.

Por su parte, desde la percepción de profesionales o colaboradores de diferentes instituciones, se ha podido realizar un *Diagnostico institucional,* que enriquezca lo anteriormente expuesto por los usuarios a través de sus discursos. Así, se ha visto como parte de la problemática a:

La Norma social: la significación del comportamiento de NNASC en los espacios públicos y su relación con las metodologías de intervención de las diversas instituciones, se evidencian mejoras respecto a la relación con la comunidad, pues ya no se tiene comportamientos agresivos hacia la comunidad.

Las metodologías: Algunas metodologías como el ECO2 toma en cuenta algunos aspectos relacionados al espacio de calle y la relación de las normas sociales de los vecinos, sus espacios de organización y otros que utilizan los espacios públicos, como comerciantes, constructores y otros que conforman un consejo de calle con los que se establecen algunas medidas preventivas en violencias y consumo de sustancias. Particularmente, *la metodología del bajo umbral,* trabaja con la significación de las normas sociales que se deben respetar o asumir para que las y los NNASC puedan ingresar a un espacio estructurado, donde las reglas sociales de interacción entre educadores y NNASC dependen de los parámetros establecidos por ambos para comenzar una relación de abordaje profesional con el establecimiento.

Al respeto, se realiza un abordaje o buceo que busca la adherencia de los destinatarios a la Red de Atención, el cual implica iniciar un proceso de acercamiento gradual para ganarse la

confianza de las y los NNASC, como base fundamental para el contacto, ya que ellos directamente no se dirigen a las ofertas institucionales. Así por ejemplo, varias NNASC demandan un acompañamiento para ser evaluadas (os), pues mencionan recibir malos tratos, ser discriminados y tener una serie de dificultades cuando acude a algún centro de salud.

También, la Red de calle ha establecido espacios de diálogo con los vecinos y la comunidad en todos los niveles, sin embargo, falta complementar la información a nivel de las normas sociales de convivencia y su relación con las estrategias de supervivencia de las y los NNASC y del comportamiento social relacionado con la salud pública.
En general, la oferta relacionada al uso y calidad de los servicios que existe en relación a la dinámica son: Servicios de salud, educación, reintegración y otros, los cuales no siempre tienen un enfoque de trabajo en calle e identifica como un problema la dispersión de las formas de abordaje metodológico. Percepción de la oferta realizada por diversas instituciones:

• Bajo Umbral	• Fase motivacional
• Enfoque de Derechos	• Construcción de proyecto de vida
• Eco2	• Toma de decisión personal
• Metodología trans teórica	• Referencia a espacios de apoyo y el seguimiento posterior
• Modelos institucionales propios	• NNASC toman parte en el proceso

Legislación y políticas: El Código Niña, Niño y adolecente (ley 548) cuya reglamentación es del mes de julio del año 2014, plantea la creación del Sistema Plurinacional Integral de la Niña, Niño y Adolecente, que reemplaza al antiguo Sistema Nacional de Protección, el cual asigna diversas competencias a las instituciones del Estado en los tres niveles: Nacional, Departamental y Municipal que trabajan el tema de niñez y adolescencia, en situación de alto riesgo, como es el caso de NNASC.

Actualmente, estas instancias están articuladas por el Sistema Plurinacional Integral de la Niña, Niño y Adolecente, la cual se define como el conjunto articulado de órganos, instancias,

instituciones, organizaciones, entidades y servicios que tienen como objetivo primordial garantizar el pleno goce de los derechos de las niñas, niños y adolescentes…" (Naciones Unidas. 2006). Estrategia de Protección de la Infancia UNICEF, que se encuentra compuesto por el Sistema Integral Plurinacional de Protección de la Niña, Niño y Adolecente y el Sistema Penal para Adolecentes, sin embargo, las normativas referidas a competencias, no cumplen por diversos motivos que van desde la falta de espacios de coordinación interinstitucional hasta el desconocimiento de competencias institucionales en todos los niveles del Sistema, lo cual es percibido por las organizaciones que trabajan la problemática de los NNASC.

En ese sentido, se ha identificado espacios físicos con instalaciones de AIDAJ (atención integral diferenciada para adolescentes y jóvenes), quienes trabajan con la problemática del embarazo adolecente y la generación de oportunidades de vida, así también, con el enfoque de trabajo comunitario desarrollado con las juntas vecinales y colegios; enfoques de terapia en niveles individual, grupal y familiar, pero aun así se encuentran un trabajo debilitado pues la presencia de NNA en las calles y, actualmente con mayor frecuencia, a niñas y adolescentes con embarazos tempranos o hijas(os) en brazos en estados de salud decadentes dan cuenta de la demanda de un trabajo más articulado.

Asimismo, *Los Centros de Información y Referencia (CVIR)*, a nivel Departamental denominados: CDVIR La Paz, y a nivel Regional: CRVIR EL ALTO, están encargadas en la Prevención y Atención de las NNASC con VIH/SIDA en alto riesgo y vulnerabilidad, debido a las condiciones de vida en las calles, expuestos a la explotación física, sexual y laboral, abuso, violencia, etc. Estas instituciones brindan atención y suministro medicinal para el tratamiento, pero a pesar de emplear los recursos necesarios (alto costo), no se obtiene los resultados esperados ya que las NNASC son difíciles de contactar, siguen en la dinámica de consumo de sustancias psicotrópicas, alcohol y otras, y de la dinámica de calle, siendo todas estas situaciones que comprometen la adherencia al tratamiento antirretroviral de las NNAJSC.

Así, las *Dificultades a nivel del contexto* tienen que ver con que el Sistema de protección no está establecido, se percibe como no funcional y tiene varios vacíos a nivel del establecimiento de las competencias entre las instituciones de índole privado y las instituciones municipales que forman parte del sistema. Hay información distorsionada que genera malas prácticas con las y los NNASC en diferentes niveles del sistema y de la intervención de las instituciones. Hay deficiencias respecto al sistema de salud, la seguridad municipal, y la Policía Boliviana, la cual ejerce excesiva violencia con la población. En suma, existe desconocimiento de las causas de la problemática, lo cual a su vez genera discriminación respecto al ejercicio de sus derechos.

A partir de todo lo mencionado se ha generado una categorización de variables tras datos relevados de los diferentes actores que son parte de la problemática, y se resume en el siguiente esquema:

Tabla 1. Diagnóstico situacional e institucional.

IDENTIFICACIÓN DE LAS PROBLEMÁTICAS DE VHI EN LA SALUD DE NNASC			
Ámbito	Dicurso INSTITUCIONAL	Dicurso SITUACIONAL	Ámbito
Social	Estigma y juicio de pares		Social
Social	Estigmatización del lugar de atención (CRVIR)		Social
Social	Conocimientos o constructos estereotipados o erróneos sobre el VIH - SIDA		Social
Legal	Restricción de NNAS menores de edad a pruebas rápidas		Legal
Familiar	Rechazo a la familia	Falta de apoyo familiar	Familiar
Salud	Predisposición del paciente ("no asumen la enfermedad, esperan la llegada de enfermedades oportunidades, débil adherencia al tratamiento de antiretrovirales.		
Salud	Abandono de tratamiento	Efectos secundarios de tratamiento	Salud
salud	Falta de requisitos para sostener tratamiento (hogar, familiar, otros)		Salud
salud	Reducidos horarios de atención		Salud
Salud	Deficiente atención y recepción en centros de salud	Insuficiente calidad y calidez en la atención (riñas y malos tratos).	Salud
Salud	Falta de acceso a servicios de salud de forma independiente	Negligencia en el proceso de orientación y ejecución de servicios (médicos)	Salud
Salud	Incumplimiento de citas	Escasa confidencialidad	Salud
Salud y Social	Insuficiente apoyo emocional (tacto, qué y cómo decir)		
Salud y Social	Falta de interacción informal o cotidiana (lenguaje)		
Salud y Social	Ausencia de interacción entre el equipo de salud y población		
Salud, Social y Familiar	Tipo de vida (la vida en calle)		

Fuente: Elaboración propia

El diagnostico situacional e institucional expuesto anteriormente, permite evaluar que existen dificultades en diferentes ámbitos: salud, social y familiar principalmente, pero, sobre todo, se aprecia que las dificultades percibidas por los actores suelen converger en varios puntos que pueden trabajarse de manera conjunta e integral, pues, si los problemas son percibidos por ambos es más factible llevar a cabo acciones que resulten más significativos.

Asimismo, existe una falta de políticas públicas que prevengan situaciones de vulnerabilidad a NNASC y de una entidad que lidere y establezca: coordinación, competencias, control, seguimiento, evaluación y gestión documental, que permita la protección a la familia, orientada a fortalecer las relaciones familiares y acciones adecuadas de los responsables de NNA para prevenir y evitar la expulsión a la calle, buscando alternativas a dicha condición de vida. Por tanto, hay una d*emanda de mecanismos de coordinación interinstitucional,* pues existen puntos concéntricos de instituciones que generan buenas prácticas y se requiere generalizar en los espacios de coordinación interinstitucional.

En síntesis, al realizar el análisis de la problemática y las causas que la originan (Ver Anexo 2.), los actores directos (aplican y ejecutan mandatos) e indirectos (ofrecen servicios) cuya misión y roles determinan procesos y funciones para alcanzar los objetivos (estratégicos, sectoriales e institucionales) que a través de los servicios llegan a la población meta (beneficiarios), se debe clarificar los roles y funciones que efectúen acciones con calidad y calidez hacia esta población.

Así, la misión o roles de los actores deben estar claramente identificados respecto al "qué hacer", "que ofrece" sobre los servicios (oferta); la forma de "cómo hacerlo" (procesos) relacionado con los mecanismos o estrategias de participación e intervención en el marco de las normas. Sin embargo, en esta estructura no se visibiliza una entidad que organice, lidere y establezca los niveles de competencias, jerarquía, articule las redes y vínculos institucionales, y de evaluación permanente, para hacer efectivos los planes estratégicos, agregando a esto, la ausencia o desconocimiento de Políticas públicas de Protección y Programas de Desarrollo Integral, que dispersa esfuerzos y recursos.

Muchos de los servicios no son directamente para los beneficiarios finales, sino que son servicios o insumos destinados a "consumo interno" o para formar parte de otros servicios de otras áreas y/o organizaciones. Los servicios son resultado de cada proceso, por lo que resulta importante identificar, mejorar y/o implementar la estandarización y/o homologar procesos y procedimientos existentes, a objeto de evitar duplicidad de competencias y optimizar los recursos institucionales para conseguir un impacto social en que no haya más NNASC. El éxito de los resultados define a una buena organización.

II.2. Justificación

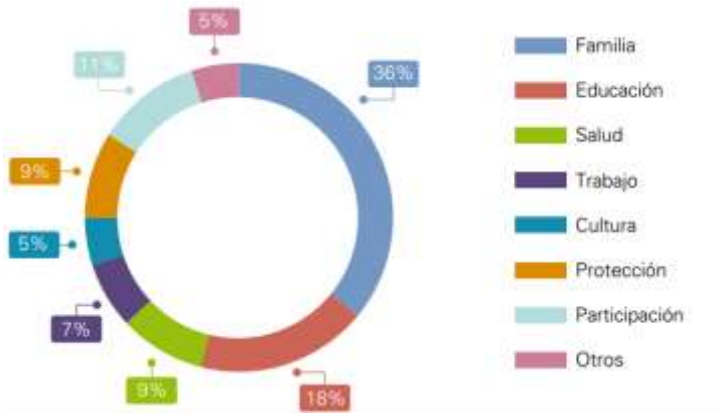
En Bolivia se empezó a estudiar el fenómeno de forma científica, principalmente desde las ciencias sociales, humanas y jurídicas, desde finales de los años noventa como efectos de la crisis económica que vivió el país a mediados de los años ochenta, en la cual comenzó una preocupación por el fenómeno de los Niños, Niñas Trabajadores NAT´s a los cuales en un principio y para diferenciarlos de las NNASC, se recurrió a la nomenclatura que los denominaba como Chicos de la calle y chicos en la calle, que posteriormente, gracias a los trabajos de J. Domic (1999) y algunas instituciones pioneras en este campo, cambió por la denominación a Niños, Niñas y Adolescentes en situación de calle, coincidentemente con el cambio del antiguo Código del menor a los nuevos y modernos Códigos del Niño, Niña y adolescente, dejando atrás la Doctrina de la situación irregular y adoptando la Doctrina de la protección integral y principios tales como el Interés superior del niño, amparados dentro de las normativas emanadas por la Convención de los Derechos del Niño.

Las personas en situación de calle según el Censo Nacional de NNASC (2014), realizado en las nueve ciudades capitales de Bolivia y El Alto, ejecutado el 2013 por el Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas y la Red Nacional por la Defensa de los Derechos de la Niñez y Adolescencia en Situación de Calle, se tenía conocimiento de que existían 3768 personas en situación de calle a nivel nacional, encontrándose entre las tres posiciones la ciudad de El Alto, seguido de la ciudad de Cochabamba y posteriormente la ciudad de La Paz, mostrando un mayor índice de personas en esta situación.

De acuerdo al Diagnóstico Situacional de NNASC realizado por UNICEF y el Viceministerio de Seguridad Ciudadana el año 2014, en cuatro ciudades del país, La Paz, El Alto, Cochabamba y Santa Cruz, los problemas que afectan a los NNASC se distribuyen de la siguiente manera: el 21% de los NNASC indica que no está protegido y son víctimas de violencia, maltrato y explotación; 19% indica que no cuenta con acceso a servicios de salud y que su salud física y psicológica se encuentra deteriorada; el 18% muestra que las mayores dificultades están referidas a su situación económica y las estrategias de sobrevivencia que deben adoptar, asimismo, el 16% indica que los problemas más significativos vienen de sus familias a partir de situaciones de violencia, el maltrato y abandono por la desintegración familiar y alcoholismo entre otros; y en porcentaje menor se encuentran las variables de participación (10%); educación (8%); cultura (5%); y social (3%). (UNICEF, Viceministerio de Seguridad Ciudadana, 2014).

El Diagnóstico Situacional de NNASC realizado por UNICEF y el Viceministerio de Seguridad Ciudadana (2014) ilustra los factores expulsores de NNASC de la siguiente manera:

Gráfico 2: Factores expulsores de NNASC.

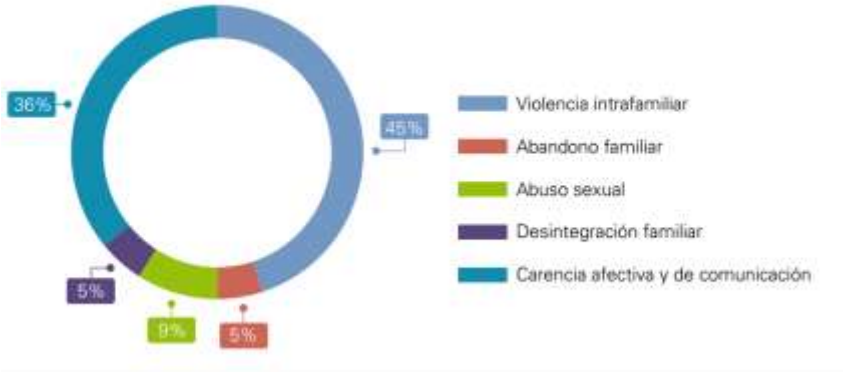


Fuente: Viceministerio de Seguridad Ciudadana – UNICEF. 2014: 7p.

Los problemas relacionados con la familia aparecen como el factor expulsor más frecuente (36%), seguido de factores educativos (18%). Factores de participación (11 %), salud (9%), protección (9%), trabajo (7%), cultura (5%) y otros (5%).

El Diagnóstico Situacional de Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle (UNICEF-Viceministerio de Seguridad Ciudadana, 2014), al desglosar las casusas de la variable familia, establece los siguientes problemas propios de la dinámica familiar como factores expulsores: Violencia intrafamiliar (45%), carencia afectiva y de comunicación (36%), abuso sexual (9 %), desintegración familiar (5%), abandono familiar (5%).

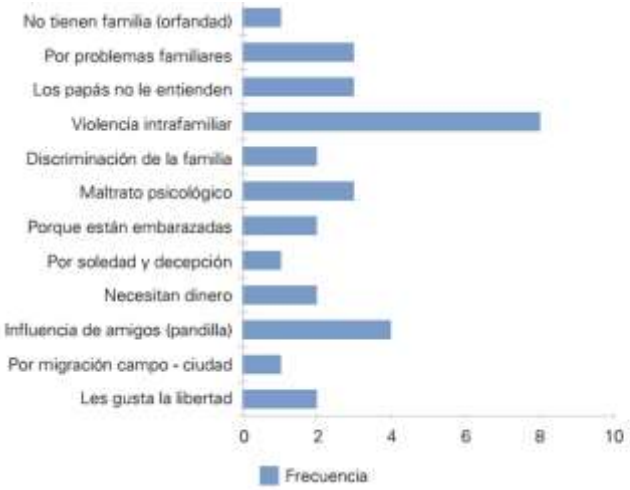
Gráfico 3: Problemas a nivel de la familia.



Fuente: Viceministerio de Seguridad Ciudadana – UNICEF. 2014: 9p.

El Diagnóstico Situacional de NNASC (UNICEF- Viceministerio de Seguridad Ciudadana, 2014), además refiere como motivos para salir a la calle los siguientes:

Gráfico 4: Motivos para salir a la calle.



Fuente: Viceministerio de Seguridad Ciudadana – UNICEF. 2014: 8p

De esta forma se percibe la importancia de realizar acciones conjuntas de atención y prevención, pues, las NNASC están muriendo, se encuentran expulsados y marginados de espacios de protección, en que su salud (física, mental y espiritual) está siendo transgredida por acciones individualizadas. El VIH/SIDA se ha convertido paulatinamente en una problemática de salud pública que puede afectar a cualquier persona que se haya expuesto a las vías de transmisión (sexual, sanguínea, perinatal) independientemente de la edad, sexo, raza, estrato económico y otras variables. Las personas que viven con VIH requieren una atención integral no solo a nivel físico (tratamiento), sino también a nivel psicológico y social, puesto que el impacto a nivel psicológico afecta a todas las áreas de la persona (Arístegui, 2012).

Actualmente, si bien existe una gran cantidad de instituciones públicas y privadas que trabajan en la temática de NNASC, tomando en cuenta los índices de desarrollo humano en el municipio de El Alto, es necesario que se articule una serie de procesos contenidos en una ruta crítica que identifique las particularidades de su contexto para generar operaciones conjuntas, articuladas de mejor y mayor impacto. Como menciona Berndorfer (2011) "La mayoría de las instituciones

responden a las necesidades de las NNASC, brindando apoyo en salud, apoyo educativo, "re educando" en el respeto a normas, reglas y hábitos, coadyuvando a mejorar las relaciones con sus familias y llevan adelante procesos de capacitación en habilidades técnicas para la reinserción laboral y sustentabilidad, habilidades sociales para toma de decisiones y elaboración de sus proyectos de vida; otras instituciones realizan trabajos más especializados en comunidades terapéuticas".

Se ha revelado la realidad de las y los NNASC, visibilizándola en el contexto biopsicosocial, estableciendo la urgente presencia del Estado Boliviano, como principal garante de la protección y reivindicación de sus derechos, y de la oportuna participación de sus instituciones públicas y privadas, como actores involucrados en esta problemática; denotando la importancia de desarrollar lineamientos de atención y prevención hacia esta población, altamente vulnerable expuesta constantemente a una serie de riesgos por su condición de marginalidad y su continuo incremento. A pesar de algunos esfuerzos e iniciativas aisladas y esporádicas en acciones de prevención y de atención; y en algunos casos de rehabilitación, los resultados han sido dispersos o marginales ya que no han producido mayor impacto, siendo que estas acciones demandan mayores recursos y participación intergubernamental e interinstitucional, para consolidar esfuerzos y convenios de compromisos, acompañadas de una planificación, programación de actividades y presupuesto, que permita enfrentar esta denigrante realidad y conseguir resultados de impacto, en favor de esta población y de la sociedad en su conjunto.

II.3. Objetivos

Objetivo General de la Ruta crítica

Establecer e implementar la ruta crítica de prevención y atención de VIH, SIDA y TB en NNA en Alto Riesgo, en NNA en Situación de Calle y NNA que dejaron de vivir en la Calle, promoviendo la articulación y coordinación interinstitucional permanente a partir de la concurrencia competencial de los diferentes niveles institucionales para el ejercicio pleno de sus derechos.

Objetivos Específicos de la Ruta crítica

- Socializar la Ruta de prevención y atención de VIH, SIDA y TB entre NNA en Alto Riesgo, en NNA en Situación de Calle y NNA que dejaron de vivir en la Calle y entre los actores involucrados.

- Establecer criterios y mecanismos mínimos de coordinación y derivación alienándose a la ruta crítica propuesta.
- Operativizar el funcionamiento de la Red de Prevención y Atención de VIH, SIDA y TB entre NNA en Alto Riesgo, en NNA en Situación de Calle y NNA que dejaron de vivir en la Calle, optimizando recursos.

II.4. Principios

El soporte y orientación de la Ruta sugerida para la prevención y atención de VIH, SIDA y TB en personas en situación de calle, se basa en lo explícito del Protocolo Nacional (2016; pág. 25.), en cumplimiento a la Convención de los Derechos del Niño, mismos que rigen dicha ruta de abordaje y se mencionan a continuación:

1. *Interés superior del niño.* (Artículo 60 CPE). Implica que las decisiones y acciones políticas e institucionales dedicadas a la prevención y atención a la niñez y adolescencia no tengan efectos negativos o contraproducentes a ese interés superior.

2. *Sujetos a derecho.* Concebir a las NNASC como personas autónomas y titulares de derechos.

3. *No discriminación.* Todas las NNA en situación de calle se consideran, en cualquier fase del proceso de protección y atención, como "sujeto de derecho", sin distinción de sexo, edad, religión, origen étnico, orientación sexual, condición socioeconómica, actividad laboral o cualquier otra condición.

4. *Restitución de derechos.* Las medidas de prevención y atención, en el marco de este Ruta Crítica, se orientan hacia la restitución de los derechos de las NNA.

5. *Prioridad de la familia.* La familia es el primer garante de derechos y protección de las NNA, por lo que se prioriza el trabajo y la vinculación con la misma, sin dejar de lado los factores expulsores y de riesgo que pueda implicar.

6. *Atención especializada.* Las NNA reciben atención especializada que tome en cuenta sus características particulares, antecedentes y necesidades, aplicada por personal profesional capacitado en las diversas áreas de prevención y atención.

7. *Confidencialidad.* La información personal de las NNASC, que sea confiada en el marco del acompañamiento y proceso individual, es respetada de manera profesional y compartida únicamente entre los actores involucrados directamente.

8. Legalidad. Todos los programas y servicios cumplen lo estipulado por la normativa, otorgando cumplimiento absoluto a las disposiciones y competencias legales.

9. *Presunción de la minoría de edad.* Según establece la Ley Nº 548, Art. 265-III, se presume la edad indicada de parte de la NNA, hasta que se comprueba lo contrario.

10. Opinión e información. Toda NNA en situación de calle tiene derecho a ser provista de información clara, pertinente y oportuna, de acuerdo a su edad, idioma y/o de acuerdo a sus características personales sobre su situación legal, derechos y la asistencia posible.

11. La institucionalización como medida excepcional. La separación de su familia, como medida de protección, se da solamente como último recurso, garantizando de esta manera el derecho a vivir en familia.

12. Institucionalidad. Implica que la totalidad de las competencias estatales y el conjunto de sus órganos e instituciones se someten a las normas vinculantes establecidas en el ordenamiento jurídico nacional y son utilizadas para la protección a las NNA en situación de calle.

Además, se suman a las anteriores algunas otras más genéricas que también se hallan acorde a la normativa nacional de niñez y adolescencia (Ley 548):

- *Prioridad Absoluta,* Por el cual las niñas, niños y adolescentes serán objeto de preferente atención y protección, en la formulación y ejecución de las políticas públicas, en la asignación de recursos, en el acceso a servicios públicos, en la prestación de auxilio y atención en situaciones de vulnerabilidad, y en la protección y socorro en cualquier circunstancia, obligándose todos los corresponsables al cumplimiento efectivo de los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes. (CNNA: Art. 12.b.)

- Equidad de Género. Por el cual las niñas y las adolescentes, gozan de los mismos derechos y el acceso a las mismas oportunidades que los niños y los adolescentes. (CNNA: Art. 12.d.)

- Participación. Por el cual las niñas, niños y adolescentes participarán libre, activa y plenamente en la vida familiar, comunitaria, social, escolar, científica, cultural, deportiva y recreativa. Serán escuchados y tomados en cuenta en los ámbitos de su vida social y podrán opinar en los asuntos en los que tengan interés. (CNNA: Art. 12.e.)

- Diversidad Cultural. Por el cual a las niñas, niños y adolescentes se les reconoce y respeta su identidad y pertenencia a una cultura. (CNNA: Art. 12.f.)

- Desarrollo Integral. Por el cual se procura el desarrollo armónico de las capacidades físicas, cognitivas, afectivas, emocionales, espirituales y sociales de las niñas, niños y adolescentes, tomando en cuenta sus múltiples interrelaciones y la vinculación de éstas con las circunstancias que tienen que ver con su vida. (CNNA: Art. 12.g.)
- Corresponsabilidad. Por el cual el Estado en todos sus niveles, las familias y la sociedad, son corresponsables de asegurar a las niñas, niños y adolescentes, el ejercicio, goce y respeto pleno de sus derechos. (CNNA: Art. 12.h.)

Asimismo, específicamente en el ámbito de la salud, el Servicio Departamental de Salud (SEDES) expone de forma pública el soporte de su abordaje bajo los siguientes principios:

a. Equidad. Disposición del ánimo que mueve a dar más al que más necesita. En la implementación de la Constitución Política del Estado y las autonomías se debe ser incluyente y atender los requerimientos de todos los municipios para brindar una atención de salud con calidad y calidez a toda la población.

b. Calidad. Es la satisfacción de las personas, familias y/o comunidades por la atención que reciben en salud. Es la capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

c. Participación social. Es la capacidad autogestionaria de las comunidades urbanas y rurales en la identificación, priorización, ejecución y seguimiento de planes, programas y proyectos de desarrollo integral comunitario en salud, en los diferentes niveles de gestión para consolidar una visión nacional, de acuerdo con intereses colectivos y no sectoriales o corporativos.

d. Intersectorialidad. Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a las alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.

e. Interculturalidad. Es el desarrollo de procesos de articulación complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo,

aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud.

Especialmente, la calidad y calidez en los servicios que se restan a NNASC será de gran relevancia para fortalecer las estrategias establecidas, así, además de la satisfacción del servicio, el mismo debe ser tras un buen trato, es decir, predisposición para escuchar y entender los problemas o inquietudes de quienes será atendidos, en este caso, población en situación de calle.

II.5. Enfoques

La composición de la ruta sugerida es basada en el entendimiento de los siguientes enfoques.

Enfoque de Derechos:

El enfoque de derechos, busca garantizar a niñas, niños y adolescentes el pleno ejercicio de sus derechos mediante acciones que realiza el Estado en todos sus niveles, en alianza con las propias niñas, niños y adolescentes, la familia, la comunidad y las organizaciones sociales de acuerdo al rol competencial. Establece que los derechos humanos se centran en la dignidad intrínseca y el valor igual de todos los seres humanos, estos derechos son: universales (no discriminatorios); inalienables (no son transferibles ni se los puede despojar de ellos); indivisibles (usar enfoques holísticos) y (la falta de uno afecta a todos).

Es un enfoque de desarrollo que obliga a mirar la realidad desde aspectos tales como:

- El reconocimiento de los derechos humanos de todas las personas.
- El relevamiento de la responsabilidad del Estado (garante7 principal de derechos).
- La certeza que los sujetos de derechos pueden y deben exigir o reclamar los derechos.
- La existencia de obligaciones legales8 por parte de los garantes.
- El reconocimiento de NNA como sujeto y actor social.

El enfoque de derechos implica el reconocimiento y ejercicio de los derechos, tanto individuales como colectivos, ratificados y aprobados en las normativas internacionales y nacionales; reconociendo a las niñas, niños y adolescentes como Titulares de Derechos, debiendo empoderarse de estos, asumiendo un rol protagónico, de actores sociales y políticos que garanticen su protección, la atención integral, la participación y la restitución de sus derechos.

Enfoque biopsicosocial, espiritual y comunitario:

El modelo implica una concepción de un ser humano como ser único pero en su totalidad, determinado por sus aspectos psíquicos, biológicos y sociales, mutuamente interdependientes. Desde esta perspectiva se aborda al NNASC. Como totalidad el NNASC requiere ser comprendido y atendido por un equipo interdisciplinario o por profesionales que estén atentos a todos los factores que le influyen.

Biológico: Se concibe al ser humano como un sistema, que el conjunto da en total el funcionamiento de elementos mutuamente interrelacionados.

Psicológico: Comprende la conducta, la expresión abierta de los procesos cognitivos, afectivos, motivaciones, personalidad. Los procesos al interior del sujeto no ocurren en forma independiente, sino que lo hace todo a la vez. Lo cual se traduce una forma de comprender y entender el mundo.

Social: La concepción del individuo como un ente social cada vez cobra más fuerza. El sujeto al parecer nace predispuesto para el encuentro con el otro. Las instituciones sociales que por excelencia son la familia, la comunidad donde vive y el lugar donde trabaja.

Por lo tanto, la concepción del ser humano como ser bio-psico-social comprende todos los planos, los que están en constante interacción, su delimitación es difícil, no se puede separar que es producto del pensamiento, creencias, sentimientos, de su biología, de su entorno social. Por último, es importante señalar que en este Individuo todos estos procesos son dinámicos y cambian a través de las distintas edades.

Enfoque integral:

Un enfoque de derechos parte del principio de que todos pueden aprender y desarrollar al máximo sus capacidades y potencialidades. Esta concepción obliga a una mirada integral de los problemas que impactan sobre la infancia que impiden o tensionan la educación, como el trabajo infantil, las situaciones de violencia y todas las formas de discriminación, explotación y exclusión que hoy vulneran los derechos de millones de niños, niñas y adolescentes en nuestro país y América Latina. Por otro lado esta orientación exige una mayor coherencia política, articulación de sectores y el establecimiento de prioridades que reposicionan a la educación y a sus mecanismos de protección en el centro de la escena.

Las visiones centradas exclusivamente en las necesidades y en la provisión de servicios aparecen como insuficientes; ante estas miradas, posicionarse en un enfoque centrado en los derechos impone deberes y responsabilidades a distintos sectores de la sociedad y también de la política. Por otro lado, este enfoque brinda el marco legal para garantizar el cumplimiento de los derechos por parte del Estado y posibilita el surgimiento de los canales institucionales de reclamo necesarios. El desarrollo políticas para la niñez en desventaja social y programas de alta calidad tiende a ser lento o menos progresivo en los países con problemas sociales, económicos y políticos.

Un Enfoque Integral en el cumplimiento de los derechos de los NNASC invita a superar una visión sectorialista, para dar lugar en un mismo escenario, tanto a políticas universales como a políticas de protección integral.

Enfoque intersectorial:

Para la elaboración del modelo, se identificaron todos los actores involucrados con los NNASC, La participación y el compromiso comunitario, el liderazgo de autoridades Municipales, departamentales, municipales e instituciones civiles, son vitales para implementación y sostenibilidad del modelo que como resultado se pueda obtener mejoramiento de las condiciones de vida a nivel personal y social de los NNASC.

La estrategia intersectorial utilizará alianzas estratégicas que puedan contribuir a la consolidación de un municipio que vela por los derechos de los NNASC. Se buscará involucrar a todo el entorno protector.

La estrategia de enfoque intersectorial deberá sustentarse en el establecimiento de alianzas estratégicas la coordinación inter-institucional.

A pesar de que todos los municipios elegidos cuentan con características en común debido a los criterios utilizados para su selección, tienen especificidades propias que implicarán adaptar la estrategia según la dinámica social municipal, recursos, necesidades e intereses.

Enfoque inter generacional:

Se refiere a la interacción basada en el diálogo y respeto de las características de las personas, desde la perspectiva de su edad y en base el enfoque de derechos. Se trata de la identificación, valoración y fortalecimiento de la identidad de niños, niñas y adolescentes. Este enfoque

reconoce que las personas, son poseedoras de características propias, marcadas por la edad a la que pertenecen, pues en un mundo dinámico, las condiciones de estructuración de las personas cambian. Los cambios en las condiciones de vida; crecimiento urbano, desarrollo de la ciencia y tecnología, cambios en la estructura del empleo, surgimiento de nuevas visiones de la vida, el desarrollo, el futuro, y muchas más condiciones, configuran escenarios en los que las nuevas generaciones tienden a entrar en conflicto con sus mayores,

Estos escenarios, exigen que las generaciones adultas reconozcan que los escenarios están cambiando aceleradamente, y están surgiendo nuevos problemas y desafíos para los cuales niños, niñas y adolescentes están obligados, y obligadas, a desarrollar nuevas competencias.

Por tanto, el reconocimiento y valorización de las características de las nuevas generaciones, permitirá y contribuirá a desarrollar nuevas formas de comunicación, estableciendo de esta manera las bases para el respeto de sus derechos, como es el de la identidad.

La Convención de los derechos de la niñez y adolescencia, establece como derechos la identidad, libertad de expresión, pensamiento, conciencia, religión, respeto a su vida privada, acceso a la información, conocimiento a aprecio de su propia cultura, derecho a la participación y otras que reconocen sus diferencias etarias.

Enfoque intercultural:

El enfoque inter cultural ser refiere al respecto de las características y diferencias culturales, sus visiones, cosmovisiones, formas de vida, bajo un enfoque de respeto de los derechos de las personas, igualdad de oportunidades. La adopción de este enfoque implica el reconocimiento y la vigencia del derecho a la libertad de expresión, pensamiento, conciencia y religión, y otros que preserven las características culturales de las poblaciones con identidades culturales propias.

Por otra parte, este enfoque reconoce la importancia del diálogo inter cultural sobre bases de equidad y respecto, aun cuando las visiones de cada cultura puedan ser diferentes. Se trata de ejercer el derecho a conocer y apreciar su /propia cultura, lengua o religión.

Cabe mencionar que el trabajo en calle se basa a partir de los diferentes enfoques, inicialmente tomando a la persona como ser humano, actor pleno de derechos, quien goza de todos los cuidados independientemente de la situación en la que se encuentre, preferencia sexual y hasta de edad en la que se encuentra, sin embargo, priorizar la atención con menores de edad. Es así que, el trabajo con NNAJSC independientemente de las acciones que se realicen, apunta

a un trabajo que recurre a diferentes competencias, metodologías y experiencias para estandarizar el abordaje con la población.

Enfoque de Género y Diversidad Sexual:

En la actualidad, la población manifiesta diversas preferencias sexuales e identificaciones genéricas, que difieren a las estandarizadas o estereotipadas según el sexo de la persona de esta manera, la población de contacto, en espacios estructurados o de forma casual, tras buceos y exploraciones territoriales, encuentran a varios personas, particularmente adolescentes en situación de calle, que presentan características o preferencias fuera de los normado tradicionalmente, pero que de igual forma se hallan expuestos a vulneración de derechos y riesgos, particularmente en salud, a lo cual se suma la estigmatización por parte de su familia, la comunidad y de sus pares, viendo que existe una mayor exclusión, pese a encontrarse en una misma situación, la de calle, por lo que es de gran significancia retomar la importancia del abordaje de la persona o del ser humano, independientemente de las características particulares que cada una de estas presente.

Enfoque del desarrollo humano:

Como se mencionara posteriormente, la vida en calle, particularmente, de mujeres, generara un cambio en el desarrollo humano con calidad y garantía de ejercicio de derechos, pues al ser sometidas o expuestas a situaciones riesgosas, como la dinámica en la que se ven inmersas, tal como la violencia sexual, resulta en embarazos no deseados y por tanto de un mayor crecimiento de actos criminales no penados que muestran un retroceso en el desarrollo en general.

Enfoque de Inclusión:

En el espacio público los NNASC desarrollan diferentes actividades para poder sobrevivir, en cuya condición de vida muchas veces sufren, abuso, extorsión y explotación y estigmas, que los aleja de la sociedad por encontrarse, frecuentemente, en conflictos con la ley. Asimismo, al encontrarse expuestos a altos riesgos, en los diferentes ámbitos, suelen encontrarse bajo un malestar constante, que abarcan desde las sanciones hasta estados psíquicos como la ansiedad, el hambre, el miedo y malestar, particularmente son personas con mayor

probabilidad de contagio de enfermedades como el VIH, lo cual suma como otro factor de discriminación, junto con la apariencia y los cortes inscritos corporalmente.

Enfoque de Pertinencia Cultural:

Algunas de las niñas y adolescentes, escapan o son expulsadas de sus familias, pero no así de su entorno sociocultural, ya que la calle es una prolongación de estructura machista, que está presente en toda la sociedad. Así, estas personas son objeto de opresión por personas adultas o por aquellas que ejercen violencia, agresividad y explotación con ellas. En este sentido, se generan complicaciones en el área de salud y educación, pues se exponen al abuso sexual y dinámica de abuso sexual.

Desde el ámbito de salud, el SEDES menciona como visión y valores tras los cuales efectúan sus acciones, los mismos implican: compromiso social, honestidad y capacidad técnica, los cuales son detallados a continuación:

a) Compromiso Social: Es la respuesta del servidor público en el proceso de cambio. Toma decisiones y acciones para lograr que vivir en comunidad; sea digno, respetuoso y sobre todo se establezcan políticas de apoyo a la población.

b) Honestidad: Consiste en comportarse y expresarse con coherencia y sinceridad. Es el respeto a la verdad en relación con el mundo, los hechos y las personas.

c) Capacidad Técnica: Es el conjunto de conocimientos y habilidades que poseen los miembros de la institución para lograr buenos resultados en su trabajo.

II.6. Marco Normativo Legal

Existe un bagaje de mandatos que fundamentan los derechos y protección Integral de la Niña, Niño y Adolescente, permitiendo formular políticas públicas, promulgar leyes y establecer estrategias, como ser en materia de salud:

- ***Observación general Nº 3 (2003) sobre el VIH/SIDA y los derechos del niño:***

El Comité recalca la importancia del interés superior del niño como fundamento de todas las decisiones que se adopten con respecto al tratamiento que se dispense, niegue o suspenda a todos los niños. Los Estados deben establecer procedimientos y criterios para orientar a los

trabajadores sanitarios en la determinación del interés superior del niño en la esfera de la salud, además de otros procesos vinculantes formales disponibles para definir el interés superior del niño. El Comité, ha subrayado que solo podrán adoptarse medidas adecuadas en la lucha contra el VIH/SIDA si se respetan plenamente los derechos de los niños y los adolescentes. En consecuencia, el interés superior del niño debe guiar el examen del VIH/SIDA en todos los niveles de prevención, tratamiento, atención y apoyo.

En cuanto a la Información sobre la prevención del VIH y concienciación, es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho a la salud y el derecho a la información (arts. 24, 13 y 17), el niño debe tener acceso a una información adecuada en relación con la prevención del VIH/SIDA y a la atención por cauces oficiales (en actividades educativas y en los medios de información dirigidos a la infancia), y también por cauces no oficiales (por ejemplo, actividades dirigidas a los niños de la calle, los niños que viven en instituciones o los niños que viven en circunstancias difíciles). Se recuerda a los Estados Partes que el niño requiere, para estar protegido de la infección por el VIH, una información pertinente, adecuada y oportuna en la que se tengan en cuenta las diferencias de nivel de comprensión y que se ajuste bien a su edad y capacidad, y le permita abordar de manera positiva y responsable su sexualidad. Así también, tiene obligación de garantizar el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo del niño (art. 6), debiendo velar por que el niño tenga la posibilidad de adquirir conocimientos y aptitudes que le proteja.

La educación es fundamental para informar respecto del VIH/SIDA que pueda contribuir a mejorar el conocimiento y la comprensión de la pandemia. Los Estados Partes deben tomar medidas para que los niños afectados por el VIH/SIDA sigan escolarizados y los profesores enfermos sean sustituidos por personal cualificado, de forma que los niños puedan asistir sin problema a los centros y se proteja cabalmente el derecho a la educación (art. 28) de todos los niños que vivan en esas comunidades.

Los Estados miembros deben asegurar que los Servicios de salud receptivos estén a las circunstancias de los niños y los adolescentes, cuente con personal calificado que respete cabalmente el derecho del niño a la vida privada (art. 16) y a no sufrir discriminación respecto del acceso a la información sobre el VIH, porque el asesoramiento y las pruebas de detección se lleven a cabo de manera voluntaria, por que el niño tenga conocimiento de su estado serológico con respecto al VIH, tenga acceso a servicios confidenciales de salud reproductiva y, gratuitamente o a bajo coste, a métodos o servicios anticonceptivos, cuidados o tratamientos en relación con el VIH, incluida la prevención y el tratamiento de problemas de salud relacionados con el VIH/SIDA, la tuberculosis u otras infecciones derivadas. Además de

asesoramiento y pruebas de detección del VIH artículo 24 de la Convención de que ningún niño sea privado de su derecho a los servicios sanitarios necesarios.

Para prevenir la transmisión del VIH de madres a hijos, los Estados Partes deben adoptar medidas, en particular el suministro de medicamentos esenciales, (por ejemplo, fármacos antirretrovíricos), cuidados apropiados durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, y poniendo a disposición de las embarazadas y de sus compañeros servicios de asesoramiento y análisis.

Sin embargo, para poder cumplir este cometido, se requiere de estrategias nacionales, orientadas en el enfoque integral de los derechos humanos y mecanismos tanto de prevención como de respuesta, en especial para los niños de la calle, descritos en la siguiente Convención:

- ***Convención sobre los Derechos del Niño - Comité de los Derechos del Niño. Observación general núm. 21 (2017) Sobre los niños de la calle.***

Los niños de la calle no son un grupo homogéneo. Sus características varían en cuanto a la edad, el sexo, el origen étnico, la identidad como indígena, la nacionalidad, la discapacidad, la orientación sexual y la identidad y expresión de género, entre otros factores. Esa diversidad entraña que sus experiencias, riesgos y necesidades también sean diferentes. La índole y la duración de la estancia física en la calle también varían considerablemente de un niño a otro, al igual que la naturaleza y el alcance de las relaciones con los compañeros, los familiares, los miembros de la comunidad, los agentes de la sociedad civil y las autoridades públicas. No se conoce el número de niños de la calle. Las estimaciones fluctúan según las definiciones utilizadas que reflejan las condiciones socioeconómicas, políticas, culturales y de otra índole. La falta de datos hace que esos niños sean invisibles, lo que da lugar a que no se formulen políticas y a que las medidas adoptadas sean de carácter puntual, temporal o a corto plazo. En consecuencia, persisten múltiples violaciones de los derechos que echan a los niños a la calle y que perduran cuando estos están en ella. Esta cuestión afecta a todos los Estados.

Las relaciones de los niños pueden ayudarlos a sobrevivir en las calles o bien perpetuar condiciones en las que sus derechos sean vulnerados violentamente. Los niños participan en diversas actividades en los espacios públicos, entre las que se incluyen el trabajo, la vida social, el ocio y esparcimiento, la búsqueda de refugio, el sueño, la cocina, el aseo y el uso indebido de sustancias adictivas o la realización de actividades sexuales. Pueden llevar a cabo esas actividades de manera voluntaria, por falta de opciones viables o debido a la coacción o el uso de la fuerza por otros niños o adultos. Los niños pueden realizar esas actividades solos o en

compañía de familiares, amigos, conocidos, miembros de pandillas o compañeros explotadores, niños de más edad y/o adultos.

Las causas, la prevalencia y las experiencias de los niños de la calle varían dentro de los Estados y de un Estado a otro, algunas de las causas estructurales de la aparición de los niños de la calle y de su exclusión, se ven exacerbadas por la pobreza material, la insuficiencia de la protección social, las inversiones mal enfocadas, la corrupción y las políticas fiscales (impositivas y de gastos) que reducen o eliminan la capacidad de los más pobres para salir de la pobreza. Los efectos de las causas estructurales se ven agravados aún más en caso de una desestabilización repentina, provocada por un conflicto, una hambruna, una epidemia, un desastre natural o un desalojo forzoso, u otros acontecimientos que desemboquen en el desplazamiento o la migración forzada. Otras causas son: la violencia, el maltrato, la explotación y el descuido en el hogar o en instituciones de atención o educativas (incluidas las religiosas); la muerte de los cuidadores; la renuncia al niño (entre otras razones, por causa del VIH/SIDA); el desempleo de los cuidadores; la precariedad de las familias; la descomposición de la familia; la poligamia; la exclusión de la educación; el uso indebido de sustancias adictivas y los problemas de salud mental (de los niños o de sus familiares); la intolerancia y la discriminación contra, entre otros, los niños con discapacidad, los niños acusados de brujería, los ex niños soldados rechazados por las familias y los niños expulsados de sus familias por cuestionar su sexualidad o por haberse identificado como lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales o asexuales; y la incapacidad de las familias para aceptar la resistencia de los niños a prácticas nocivas, como el matrimonio infantil y la mutilación genital femenina.

Los estados deben promover, proteger y garantizar el respeto de la dignidad, la vida, la supervivencia, el bienestar, la salud, el desarrollo, la participación y la no discriminación del niño como titular de derechos. La demanda de los niños, al respeto por su autonomía que tanto les ha costado ganar, aunque sea limitada, requiere de apoyo para que encuentren alternativas a la dependencia de la calle. Promueve su resiliencia y sus capacidades, reforzando su papel en la adopción de decisiones y empoderándolos como agentes socioeconómicos, políticos y culturales.

Como estrategia dimanante, el primer paso es que los Estados reúnan información sobre esos niños en su país para decidir la mejor forma de defender sus derechos y adoptar un enfoque de cooperación intersectorial e interestatal para comprender, lo que afecta a los niños de la calle. Asimismo deben, eliminar las disposiciones que discriminen, directa o indirectamente a los niños, sus padres o sus familiares, por motivos de su situación en la calle; abolir todas las disposiciones que permitan o respalden la realización de redadas o la retirada de niños y de sus familias de la

calle o de los espacios públicos; abolir, cuando proceda, las figuras penales que tipifican como delito y afectan de manera desproporcionada a los niños de la calle, como la mendicidad, el incumplimiento de los toques de queda, el merodeo, el vagabundeo y la fuga del hogar; y abolir los delitos que criminalizan a los niños por ser víctimas de la explotación sexual comercial, y los denominados delitos contra la moral, como las relaciones sexuales fuera del matrimonio.

Los Estados deben adoptar o revisar una ley de la infancia o de protección del niño fundamentada en un enfoque basado en los derechos del niño y que se ocupe específicamente de los niños de la calle, siendo necesario formular políticas pertinentes a nivel nacional y definiciones jurídicas de esos niños sobre la base de la investigación participativa, en contextos en que ello sea necesario para facilitar las intervenciones de profesionales y servicios con un mandato legal.

El papel del Estado, como principal entidad sujeta a obligaciones, se expone en la sección V infra. Los Estados tienen la obligación de ayudar a los padres o cuidadores a proporcionar, dentro de sus posibilidades y medios económicos y en consonancia con la evolución de las facultades del niño, las condiciones de vida que sean necesarias para su desarrollo óptimo (arts. 5, 18 y 27). Los Estados también deben apoyar a la sociedad civil, como agentes complementarios, a la hora de proporcionar servicios personalizados y especializados para los niños de la calle desde un enfoque basado en los derechos del niño, mediante la financiación, la acreditación y la regulación. El sector empresarial debe cumplir sus responsabilidades en relación con los derechos del niño para los cual es menester la coordinación entre los agentes estatales y no estatales. Es obligación legal del Estado, proporcionar servicios de Salud, garantizando el cuidado alternativo para los niños de la calle en su transición a la edad adulta cuando cumplen 18 años, a fin de evitar el cese repentino del apoyo y los servicios.

Los Sistemas de protección integral de la infancia, deben estar constituidos dentro del marco legislativo, políticas, y presupuesto, el desarrollo y el fortalecimiento de los sistemas integrales de protección de la infancia, con un enfoque basado en los derechos del niño, constituyen el fundamento de las medidas prácticas necesarias para las estrategias de prevención y respuesta. Esos sistemas nacionales deben llegar a los niños de la calle e incorporar plenamente los servicios específicos que necesitan. Los sistemas deben proporcionar una línea de *atención* en todos los contextos pertinentes, entre los que se incluyen la *prevención*, la intervención temprana, la divulgación en la calle, las líneas de atención telefónica, los centros de acogida, los centros de día, la asistencia residencial temporal, la reunificación familiar, los hogares de guarda, la vida independiente u otras opciones de asistencia a corto o largo plazo. Sin embargo, no todos esos contextos son pertinentes para la totalidad de los niños de la calle. Por ejemplo,

la prevención y la intervención temprana son prioritarias para los niños que se encuentren en las primeras etapas del establecimiento en la calle, pero no son pertinentes para los niños nacidos en la calle. Es posible que algunos niños experimenten el acogimiento residencial mientras que otros, la reunificación familiar no es pertinente ni apropiada.

Deben reducirse las cargas y demoras administrativas en el acceso a sistemas de protección de la infancia y de servicios de atención en salud, se debe apoyar a los niños de la calle para que comprendan los sistemas de protección de la infancia y se orienten en ellos. Otros aspectos es el fomento de la capacidad de las personas que están en contacto con el niño.

La Ruta de prevención y atención en VIH, SIDA y TB para población en situación de calle responde a normativas internacionales que han sido ratificadas por el Estado boliviano y se mencionan con detalle a continuación.

- ***Normativa internacional relacionada con niñez y adolescencia en situación de riesgo.***

✓ *Declaración universal de los derechos humanos.*

La declaración universal de los Derechos Humanos adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948, considera como uno de sus pilares fundamentales la idea de "la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana". Esto deriva como base para afianzar los cuatro (4) principios fundamentales direccionados en la Convención internacional:

✓ *Convención Internacional de los Derechos Del niño.*

Fue aprobada mediante resolución de Asamblea General de las Naciones Unidas 44/25 del 20 de noviembre de 1989. Fue ratificada por el Estado Boliviano mediante la Ley 1152 de 14 de mayo de 1990. Tiene cuatro (4) principios fundamentales:

1) "*No discriminación:* Ningún NNA podrá ser perjudicado o excluido por motivos de raza, color, género, idioma, religión, situación al nacer o por padecer algún tipo de impedimento físico.
2) *El interés superior del niño:* Las instancias públicas o privadas deben tomar las decisiones y acciones considerando el máximo bienestar del niño o niña.

3) *El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo:* El Estado, la familia y la sociedad deben garantizar el desarrollo armónico en el aspecto físico, espiritual, emocional, moral y social en la vida de los NNA.
4) *Opinión del niño:* Las opiniones de los niños deben ser escuchadas y tomadas en cuenta para las decisiones políticas, económicas y educativas de un país." (falta cita. Diagnostico situacional sobre las determinantes de la violencia en niños, adolescentes y jóvenes: 18p)

Artículo 2.- 1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

Artículo 3.- 1. En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.

Artículos 4 al 10 y 14, 18, 20, del 22 al 31 y el 42.- Especifican la forma en que debe ser entendido el derecho a la supervivencia y Desarrollo.

Artículos 12 al 17.- Se establece todo el espectro de derechos de la niñez referida a su participación en términos de poder expresarse respecto a la política, educación, etc.

De acuerdo al protocolo para la prevención y atención a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, la Convención cuenta con dos protocolos Facultativos:

I. Protocolo facultativo sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía.
II. Protocolo facultativo sobre la participación de niños en conflictos armados.

- ✓ *Las directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil (Directrices de Riad)- 1990.*

Formuladas por la asamblea general de la ONU en su resolución 45/112 del 14 de diciembre de 1990, establecen el marco normativo para la prevención de la delincuencia juvenil y las medidas

de protección de persona jóvenes quienes han sido abandonadas, descuidadas, abusadas o quienes se encuentran en situaciones marginales o de situación de vulneración de derechos. (Diagnostico situacional sobre las determinantes de la violencia en niños, adolescentes y jóvenes. 19p).

Artículo 7. "Estas directrices deben interpretarse en el marco de todos los instrumentos de Naciones Unidas y de las normas relativas a los derechos, los intereses y el bienestar de los niños, las niñas, los adolescentes y los jóvenes y aplicarse en el contexto de las condiciones económicas, sociales y culturales imperantes en cada uno de los Estados miembros."

- ***Normativa nacional relacionada con niñez y adolescencia en situación de riesgo.***

✓ *Constitución política del Estado Plurinacional.*

El marco normativo nacional está determinado por los postulados de la Constitución Política del Estado plurinacional. Al respecto, el diagnostico situacional sobre las determinantes de la violencia en niños, adolescentes y jóvenes refiere que "La Constitución Política del Estado es de tendencia social inclusiva, de dignificación del ser humano, entendido no como un objeto de trabajo o un instrumento de poder, sino: como un sujeto con derecho al respeto a su dignidad y con el derecho a "VIVIR BIEN". "(Diagnostico situacional sobre las determinantes de la violencia en niños, adolescentes y jóvenes. 26P).

Artículo 58°. - Se considera niña, niño o adolescente a toda persona menor de edad. Las niñas, niños y adolescentes son titulares de los derechos reconocidos en la Constitución, con los límites establecidos en ésta, y de los derechos específicos inherentes a su proceso de desarrollo; a su identidad étnica, sociocultural, de género y generacional; y a la satisfacción de sus necesidades, intereses y aspiraciones.

Artículo 59°. – I. Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a su desarrollo integral. II. Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a vivir y a crecer en el seno de su familia de origen o adoptiva. Cuando ello no sea posible, o sea contrario a su interés superior, tendrá derecho a una familia sustituta, de conformidad con la ley. III. Todas las niñas, niños y adolescentes, sin distinción de su origen, tienen iguales derechos y deberes respecto a sus progenitores. La discriminación entre hijos por parte de los progenitores será sancionada por la ley. IV. Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a la identidad y la filiación respecto a sus progenitores.

Cuando no se conozcan los progenitores, utilizarán el apellido convencional elegido por la persona responsable de su ciudado. V. El Estado y la sociedad garantizarán la protección, promoción y activa participación de las jóvenes y los jóvenes en el desarrollo productivo, político, social, económico y cultural, sin discriminación alguna, de acuerdo con la ley.

Articulo 60.- "Es deber del Estado, la sociedad y la familia garantizar la prioridad del interés superior de la niña, niño y adolescente, que comprende la preeminencia de sus derechos, la primacía en recibir protección y socorro en cualquier circunstancia, la prioridad en la atención de los servicios públicos y privados, y el acceso a una administración de justicia pronta, oportuna y con asistencia de personal especializado" (CPE.2009.)

Articulo 61.-

I. Se prohíbe y sanciona toda forma de violencia contra las niñas, niños y adolescentes, tanto en la familia como en la sociedad.
II. Se prohíbe el trabajo forzado y la explotación infantil. Las actividades que realicen las niñas, niños y adolescentes en el marco familiar y social estarán orientadas a su formación integral como ciudadanas y ciudadanos, y tendrán una función formativa. Sus derechos, garantías y mecanismos institucionales de protección serán objeto de regulación especial.

Artículo 65°. - En virtud del interés superior de las niñas, niños y adolescentes y de su derecho a la identidad, la presunción de filiación se hará valer por indicación de la madre o el padre. Esta presunción será válida salvo prueba en contrario a cargo de quien niegue la filiación. En caso de que la prueba niegue la presunción, los gastos incurridos corresponderán a quien haya indicado la filiación.

Artículo 77°. - I. La educación constituye una función suprema y primera responsabilidad financiera del Estado, que tiene la obligación indeclinable de sostenerla, garantizarla y gestionarla.

"La Constitución Política del Estado Plurinacional establece que las niñas, niños y adolescentes gozan de especial protección y atención en la familia, escuela y comunidad" (UNICEF. 2016: 30p).

- ✓ *Ley N° 070 –Ley de educación Avelino Siñani – Elizardo Pérez.*

De acuerdo a esta Ley es obligación del Estado Plurinacional garantizar el acceso y permanencia de niñas, niños y adolescentes en el sistema educativo. Además, que en su Artículo 15 especifica: Educación escolarizada integral para la población en desventaja social. Es la educación integral escolarizada dirigida a la atención de niñas, niños y adolescentes, jóvenes trabajadores desprotegidos y en desventaja social para protegerlos del entorno, mediante programas especiales de hogares abiertos con servicios integrales de salud, alimentación, educación, reinserción escolar y socio laboral, considerando políticas de rezago escolar como prioridad educativa.

- ✓ *Ley N°263 Ley integral contra la trata y tráfico de personas*

ARTÍCULO 6. Parágrafo 11. Mendicidad Forzada. Consiste en forzar a un niño, niña, adolescente o persona adulta, a pedir dinero u otros beneficios en la calle o cualquier otro lugar público o privado, a favor de un tercero.

ARTÍCULO 35. (INCORPORACIÓN DE ARTÍCULOS AL CÓDIGO PENAL). Se incorporan al Código Penal los Artículos 203 bis, 321 ter y 322, con el siguiente texto:

ARTÍCULO 322. (VIOLENCIA SEXUAL COMERCIAL). Quien pagare en dinero o especie, directamente a un niño, niña o adolescente o a tercera persona, para mantener cualquier tipo de actividad sexual, erótica o pornográfica con un niño, niña y adolescente, para la satisfacción de sus intereses o deseos sexuales, será sancionado con privación de libertad de ocho (8) a doce (12) años.

- ✓ *Ley N°264 Ley de seguridad ciudadana.*

Los principios en los que se basa esta ley se encuentran en el Artículo 4. El protocolo para la prevención a atención a niñas, niños y adolescentes en situación de calle (Unicef. 2016: 31p), enfatiza los parágrafos 7, 8 y 10 del artículo 4 de dicha ley

Respeto a los Derechos Humanos. La seguridad ciudadana se constituye en el pilar central del desarrollo de los Derechos Humanos.

Equidad de Género y Generacional. Las políticas, planes, programas y proyectos de seguridad ciudadana deberán contemplar el enfoque de género y generacional y las necesidades específicas de protección de mujeres, niños, niñas, adolescentes y adultos mayores.

Igualdad. El Estado promoverá las condiciones necesarias para lograr la igualdad real y efectiva, adoptando medidas de acción afirmativa y/o diferenciada que valore la diversidad con el objetivo de lograr equidad y justicia social, garantizando condiciones equitativas específicas para el goce de derechos, libertades y garantías reconocidas en la Constitución Política del Estado, leyes nacionales y normativa internacional de Derechos Humanos.

- ✓ *Ley N°548 Código Niña, Niño y Adolecente (CNNA) del 17 de julio de 2014.*

Los antecedentes de este Código se remontan a 1992, con el denominado Código del Menor. Este es un esfuerzo por encausar la normativa nacional en los postulados de la Convención sobre los derechos de los niños. 7 años después se promulga la Ley 2026, Código niño, niña, adolecente que establece las directrices de atención y protección al sector niñez y adolescencia en nuestro país por los siguientes 15 años.

Sin embargo, con el cambio en la orientación expresado en la Constitución Política del Estado Plurinacional se hace necesario re pensar los términos en los que se lleve a cabo la protección de los derechos de los NNASC. El Código Niña, Niño y adolecente (Ley 548) "tiene como finalidad garantizar a la niña, niño y adolecente el ejercicio pleno y efectivo de sus derechos para su desarrollo integral (físico, mental, moral, espiritual, emocional y social)" (UNICEF. 2016: 31p), además de constituir "un avance para coadyuvar al establecimiento de la Red de Protección Social y Desarrollo integral Comunitario en Bolivia" (Diagnostico situacional sobre las determinantes de la violencia en niños, adolescentes y jóvenes. 30p).

Gracias a el Código Niña, Niño y adolecente (ley 548) se plantea la creación del Sistema Plurinacional Integral de la Niña, Niño y Adolecente, que reemplaza al antiguo sistema Nacional de Protección.

De acuerdo a la Estrategia de Protección de la Infancia el Sistema Plurinacional Integral de la Niña, Niño y Adolecente es "… el conjunto articulado de órganos, instancias, instituciones, organizaciones, entidades y servicios que tienen como objetivo primordial garantizar el pleno goce de los derechos de las niñas, niños y adolescentes…" (Naciones Unidas. 2006). "Estrategia de Protección de la Infancia UNICEF.), que se encuentra compuesto por el Sistema Integral Plurinacional de Protección de la Niña, Niño y Adolecente y el Sistema Penal para Adolecentes.

ARTÍCULO 1. (OBJETO). El presente Código tiene por objeto reconocer, desarrollar y regular el ejercicio de los derechos de la niña, niño y adolescente, implementando un Sistema

Plurinacional Integral de la Niña, Niño y Adolescente, para la garantía de esos derechos mediante la corresponsabilidad del Estado en todos sus niveles, la familia y la sociedad.

ARTÍCULO 164. (TIPOS DE POLÍTICAS). I. Son políticas públicas en materia de Protección Integral de la Niña, Niño y Adolescente, las siguientes:

C. De Protección Especial, que comprenden acciones encaminadas a prevenir o restablecer los derechos que se encuentren amenazados o vulnerados de las niñas, niños y adolescentes víctimas de abuso, maltrato, explotación, en situación de calle; niñas y adolescentes embarazadas, trabajadoras o trabajadores, consumidoras o consumidores de alcohol o sustancias psicotrópicas o estupefacientes, que padezcan de enfermedades como el VIH/SIDA, y otras situaciones que requieran de protección especial.

Además, que el Código Niña, Niño y Adolecente establece en sus disposiciones transitorias.

DÉCIMA PRIMERA. El Estado en su nivel central, en corresponsabilidad con los Gobiernos Autónomos deberá, a partir de la vigencia del presente Código:

b. En un plazo no mayor a los seis (6) meses, implementar los programas de prevención, abordaje y atención a niñas, niños y adolescente en situación de calle con el fin de restituir sus derechos.

- ✓ *Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social.*

El Plan de Desarrollo Económico y Social, institucionalizado mediante Decreto Supremo N°29272, busca articular un nuevo orden de desarrollo que sea consecuente con el nuevo Estado Plurinacional, y que, por ende, exprese un nuevo orden de valores. Se puede caracterizar este nuevo paradigma dentro de lo que se denomina el "Vivir Bien", que articula un nuevo modelo de desarrollo alternativo al orden colonial y el orden internacional emergentes de la revolución industrial. Se presentan cuatro espacios de desarrollo:

1. La Economía
2. La gente
3. La participación democrática
4. Relaciones de soberanía entre estados

Además, que dentro de este plan se entiende que la dinámica social se basa en el desarrollo e interacción de diferentes actores social, incluida la población NNASC. Por ende, el desarrollo de

los NNASC debe ser pensado en los términos de la articulación de estos cuatro espacios. "De manera específica en la política social, junto con educación, salud, habitabilidad, se estableció la política de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario donde la infancia-niñez-adolescencia es un actor de primer orden" (Viceministerio de Seguridad Ciudadana – UNICEF. SF: 28p).

La importancia de este apartado se percibe particularmente por la visibilización de actores designados según normativa para cada uno de los programas y servicios, con el fin de demostrar la necesidad y obligatoriedad de implementación de las propuestas programáticas.

Maya Paya Kimsa/2018

CAPITULO III:

Ruta Crítica para la Prevención y Atención del VIH, SIDA en Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle

Ruta Crítica

Según un estudio sobre Ruta Crítica para la atención integral (2016), se define Ruta Crítica a aquel proceso a través del cual se describen las secuencias de los elementos terminales de una red de acciones dentro de un programa o proyecto a través del cual se cronometran las respuestas que deben darse en cada una de estas secuencias, de tal suerte que éstas serán más eficientes cuanto más corto sea el tiempo que transcurre entre el inicio y el final del proceso o programa correspondiente.

Para definir con la mayor precisión posible esta Ruta Crítica y garantizar el logro de los objetivos buscados es importante:

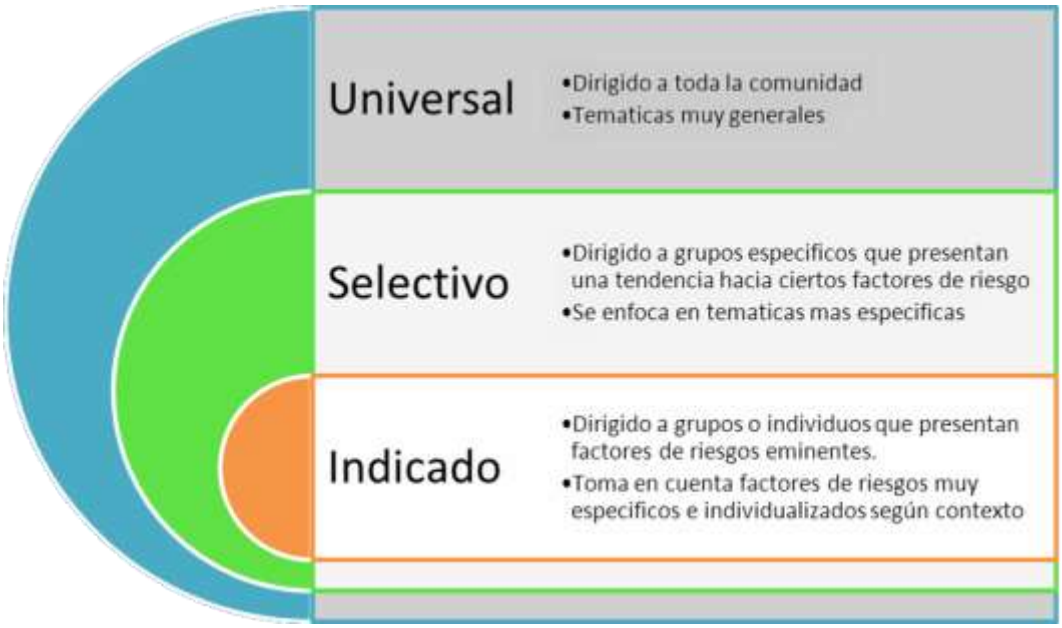
- Identificar todas las actividades que involucra el proceso, lo que significa, determinar relaciones de precedencia, tiempos técnicos para cada una de las actividades y sus secuencias.
- Construir una red que identifique los nodos intermedios en las secuencias de las actividades.
- Analizar los cálculos específicos, identificando la Ruta Crítica y las posibles necesidades de Rutas Alternas frente a decisiones o previstas en el diseño del proceso.

Prevención

La prevención apunta al "ejercicio de los derechos humanos" definido por el mejoramiento continuo de la calidad de vida y la generación de un entorno protector o el denominado "Vivir Bien"[5]. En éste ámbito también se encuentran las políticas, planes y programas destinados a reducir la violencia, la pobreza y promover la protección integral de NNA.

[5] Ley de Educación "Avelino Siñani – Elizardo Pérez, Capítulo II, Bases, Fines y Objetivos de la Educación, artículo 3, inciso 1.

Gráfico 5: Niveles de Prevención.



Fuente: Elaboración propia

Atención

Entendemos por Atención Integral a todas aquellas estrategias, acciones y respuestas dirigidas a garantizar el ejercicio de derechos de NNA en situación de calle y la restitución de sus derechos vulnerados.

En líneas generales, la atención integral a NNA en situación de calle tiene como objetivo fundamental garantizar la restitución de sus derechos teniendo presente las actividades conjuntas con la familia, coordinando y articulando los diferentes servicios e instancias institucionales que se ofrecen desde el Estado y de la sociedad civil.

La atención apunta a la "restitución de los derechos", proceso en el que se ubican las instituciones u organizaciones, cadenas de procesos y acciones concretas destinadas a la atención de NNASC cuando ya se encuentran en la calle y en proceso de salida de la misma.

Espacio Físico de permanencia de los NNASC

Entre estos se considera el lugar, donde la NNA ubica actualmente su centro de vida, definiendo éste, a partir de la combinación de las variables de pernocte, socialización y permanencia. Esto puede ser la misma calle, espacios institucionales, pero también alternativas de vida diferentes, como el alquiler de un cuarto o el retorno a la familia, como resultado de una ruptura con el contexto de la calle (mientras las NNA sigan desarrollando su dinámica en el contexto de la calle, por más que el pernocte sea en un alojamiento o un cuarto alquilado, se considerará la calle como su espacio físico de permanencia).

Programa

Es aquella propuesta metodológica de trabajo específico, para lograr un determinado objetivo, relacionado al espacio físico de permanencia de las NNA. Es solamente a partir del Programa que se le da un sentido de prevención o atención a un espacio físico, ya que el espacio como tal no genera ningún proceso.

La Ley 548 Art. 166, define los programas como: *Los programas de protección integral de las niñas, niños y adolescentes, tienen fines de asistencia, prevención, atención, cuidado integral, capacitación, inserción familiar y social, promoción cultural, fortalecimiento de relaciones afectivas, comunicación, promoción y defensa de derechos, y otros valores, a favor de las niñas, niños y adolescentes. También realizarán programas para el cumplimiento específico de las medidas de protección dictadas por la autoridad competente.*

Además el Art. 167 establece que: "*Los programas deberán ser acreditados y supervisados por la autoridad competente del nivel del Estado donde se ejecuten*".

Servicios

Son considerados todo tipo de ofertas de instituciones públicas, privadas y de la comunidad, que en sí están dispuestos para toda la sociedad en general, y por lo tanto también para las NNASC. Sin embargo por su condición de vida, éstos se encuentran con serios dificultades para poder acceder a los mismos. Es a partir del acceso a los servicios y recursos que se puede lograr a una restitución de los derechos de las NNASC, por lo cual estos deben estar a disposición para los Programas, mediante los cuales se podrá garantizar el acceso a los servicios.

Actores participantes

La Ruta Crítica General está dirigida a **actores directos**, quienes por normativa o misión institucional, deben aplicar y ejecutar los Programas de prevención y atención integral, diseñados específicamente para NNA en Alto Riesgo de llegar a vivir en Calle, NNA en Situación de Calle y a aquellos que dejaron de vivir en la Calle. Los **actores indirectos** son, quienes ofrecen los servicios y deben generar mecanismos de coordinación con los programas y facilidades de acceso a los servicios para las NNASC.

Así mismo está dirigido a todos los servidores públicos y trabajadores de instituciones privadas que tengan una participación directa o indirecta en la aplicación de factores preventivos y o de atención del VIH, SIDA y TB o de asistencia NNA.

Para la identificación de los actores involucrados:

- Ministerio de Justicia, a través del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades (VIO).
- Ministerio de Salud (la descentralización en las diferentes Entidades Territoriales Autónomas ETA's/ SEDES, SERES y CRIVIR).
- Gobiernos Autónomos Departamentales, Instancias Técnicas Departamentales de Política Social.
- Gobiernos Autónomos Municipales – Direcciones de Desarrollo Humano, Salud y Defensorías de la Niñez y la Adolescencia (DNA), Programas Municipales de atención a NNASC.
- Instituciones y organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil.
- Organizaciones sociales.

DESCRIPCIÓN DE LA RUTA CRÍTICA DE PREVENCIÓN Y LA ATENCIÓN PARA NNASC

La propuesta de la presente Ruta Crítica se elaboró mediante un proceso participativo de construcción colectiva en diferentes etapas, iniciando con una revisión y sistematización de documentación a nivel nacional e internacional, tomando en cuenta diferentes aportes de temáticas similares al VIH, SIDA en personas en situación de calle. Con el fin de contar con mayores insumos sobre las estrategias de articulación a los trabajos institucionales para la prevención y atención del VIH, SIDA en NNASC.

A partir de ello se elaboró una propuesta de estructura de la Red de prevención y atención

de VIH, SIDA para NNAAR, NNASC y NNA que dejaron de vivir en la Calle, aplicando una lógica de proyección desde el punto de vista del beneficiario (misma lógica que el protocolo nacional de prevención y atención para NNASC). Se parte desde los diferentes lugares físicos de permanencia de los NNASC, visualizando las posibles opciones de cambio de espacio, desde la calle hacia las alternativas de vida que las mismas NNA buscan o tienen a su disposición, así mismo las alternativas respecto a la prevención y principalmente la atención en problemáticas que desarrollan tales con el VIH, SIDA. Es en éstos espacios donde se debe generar un acompañamiento a las NNA desde un programa especializado, lo cual debe contar con una propuesta metodológica para el trabajo operativo y una estrategia de articulación para la coordinación y la derivación entre programas.

Para enriquecer la propuesta elaborada, se la llevó a una serie de talleres y encuentros participativos en la ciudad de El Alto con instituciones de la Red Departamental que trabajan con NNASC, la Mesa de Municipal de Educadores de Calle de El Alto, El Municipio de El Alto, La Dirección de Políticas Sociales de la Gobernación del Departamento de La Paz, el SEDES, SERES, el Programa Departamental, municipal de VIH, SIDA, Tuberculosis. A raíz de lo cual se obtuvo aportes muy importantes y concretos, los cuales fueron integrados en el desarrollo detallado del documento, mismo que se presenta a continuación.

EL DERECHO A LA SALUD DE LAS NNASC

En el marco de la presente propuesta y antes de desarrollar la estructura de la red prevención y atención basada en el Protocolo Nacional para NNASC es que vemos con carácter prioritario establecer los lineamientos en relación al derecho a la Salud establecida en diferentes normativas de protección a NNA, es a partir de ello que la Estructura de Prevención y Atención tendrán sentido en el marco del acceso y ejercicio de éste derecho y también la lógica de intervención estará basada en el perfil y características de los destinatarios y no solamente institucionales que no propician un acercamiento de la ofertas para la protección y cambio de condición de vida de las NNASC. Es en ese sentido que se propicia la siguiente matriz referida al servicio de la para la atención integral de en Salud, en especial del VIH-SIDA, para NNA y en especial para NNASC.

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD
Las NNA y no son la excepción las NNASC tienen derecho a tener acceso a una atención en salud de calidad y calidez. Debido a las características del contexto y los efectos de la vida en la calle, la necesidad de atención en salud es frecuente y de alta prioridad.
Normativa **Observación N.21 a la Convención sobre los derechos de niño (2017) sobre Niños en Situación de Calle:** **Art. 24 – sobre el derecho a la Salud.** *El entorno de la calle puede aumentar la vulnerabilidad a los problemas de salud física y mental, entre ellos las tasas desproporcionadamente altas de uso indebido de sustancias,* ***el VIH*** *y otras infecciones de transmisión sexual, los embarazos, la violencia (incluida la infligida por otros niños), los pensamientos suicidas y el suicidio,* ***la automedicación con medicamentos no regulados*** *y la exposición a enfermedades infecciosas, la contaminación y los accidentes de tráfico. El Comité hace hincapié en la necesidad de* ***ofrecer*** *educación sanitaria y* ***servicios de salud****, incluida la salud sexual y reproductiva,* ***adaptados a las necesidades específicas de los niños*** *en situación de calle. Esa educación y esos servicios* ***deben comprender*** *y* ***apoyar*** *al niño,* ***ser completos****,* ***accesibles****,* ***gratuitos*** *y* ***confidenciales****, no someterlo a juicios de valor, no ser discriminatorios,* ***respetar su autonomía para tomar decisiones y no requerir el consentimiento de los padres****. Los niños deben tener* ***acceso a los servicios de salud con independencia de su ubicación física o condición social****. Los niños en situación de calle deben tener acceso gratuito a los servicios de atención sanitaria básica* ***a través de la cobertura universal de salud y planes de protección social****. Los* ***Estados*** *deben aumentar la disponibilidad de servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación….. servicios de salud… deben estar dotados de* ***profesionales formados*** *en los derechos del niño y* ***en las circunstancias particulares de las niñas en situación de calle****. Los Estados pueden promover… la lucha contra el uso indebido de sustancias, las enfermedades de transmisión sexual y el* ***VIH****.* **Código NNA:** **Ley 548, Art. 18 – Derecho a la Salud.** *Las niñas, niños y adolescentes tienen el derecho a un bienestar completo físico, mental y social. Asimismo, tiene derecho a servicios de salud gratuitos y de calidad para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud.* **Ley 548, Art. 19 – Acceso universal a la Salud.** *El Estado a través de los servicios públicos y privados de salud, asegurará a niñas, niños y adolescentes <u>el acceso a la atención permanente sin discriminación</u>, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, habilitación, rehabilitación y recuperación en los diferentes niveles de atención.* **Ley 548, Art. 21 – Atención médica de emergencia**. *III.) En los casos previstos e los parágrafos anteriores, <u>queda prohibido negar la atención</u> a la niña, niño y adolescente, alegando <u>razones de ausencia de los padres o representantes, carencia de documentos de identidad o de recursos económicos</u>. IV.) El incumplimiento de este derecho constituye una infracción que será sancionada conforme a lo establecido en el presente Código.* **Ley 548, Art. 28 – Programas de prevención en salud**. *II.) Las niñas, niños y adolescentes en situación de calle, contarán con programas de detección de infecciones y los tratamientos gratuitos correspondientes.* **DS N°2377 (27/05/2015), Art. 13 – Salud integral de Niñas, Niños y Adolescentes.** *Para asegurar a las niñas, niños y adolescentes el acceso a la atención permanente sin discriminación, se considerará: 2. Acciones intersectoriales de atención, información integral consejería y educación sobre salud en general, discapacidad, enfermedades prevenibles por vacunas, enfermedades endémicas, epidémicas, pandémicas, infecciosas, salud sexual y salud reproductiva, infecciones de trasmisión sexual y VIH/SIDA, con énfasis en las niñas, niños y adolescentes en situación de calle.* **DS N°2377 (27/05/2015), Art. 15 – Derivación de casos a las Defensorías de la Niñez y Adolescencia.** *Los servicios de salud derivarán a las Defensorías de la Niñez y Adolescencia los casos de falta de provisión adecuada y oportuna de cuidad de salud de la niña, niño y adolecente, por omisión de madres y padres, tutores y tutoras, guardadoras y guardadores, para que asuman las acciones correspondientes.*

Ley Nº 475 - LEY DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013 - Ley de prestaciones servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia.

Tienen por objeto, el de establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud. Bajo los siguientes principios: la integralidad, intraculturalidad, interculturalidad, calidad en salud centrada en la persona y oportunidad en cuanto a la necesidad de la persona y la comunidad.

Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural

Salud familiar comunitaria intercultural es el modelo sanitario que asume el Ministerio de Salud, el cual se constituye en política y estrategia que busca como objetivo eliminar la exclusión social e implementar el Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, que asume la atención en salud como un DERECHO SOCIAL que el Estado garantiza.

Plan Nacional para la Salud Integral de la Adolescencia y Juventud Boliviana.

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

Servicio Departamental de Salud – La Paz. Objetivos y fines:

Implementar el Plan Sectorial de Salud, Ejerciendo la Rectoría Departamental con la Participación Social efectiva, articulada en las 5 Redes de Salud, basado en la promoción de la salud, prevención de enfermedades y reducción de la mortalidad materna y Neonatal en el marco de la Política SAFCI en la Ciudad de El Alto.

Contribuir a mejorar la calidad de vida, la situación de salud y la inclusión social de la población del Departamento de La Paz, en el marco de la construcción de una sociedad saludable establecida en el pacto por La Paz.

EJE 1: ACCESO AL SISTEMA ÚNICO DE SALUD UNIVERSAL Y GRATUITO/SAFCI

O.E. 1 Asegurar a la población de La Paz, el acceso universal a servicios públicos de salud eliminando las barreras económicas, sociales, culturales y geográficas.

Programa de Tuberculosis

Vigilar y controlar la tuberculosis con atención integral de Calidad con equidad y eficiencia a la población del Departamento de La Paz.

Programa VIH, SIDA

El Programa Departamental ITS/VIH/SIDA, dependiente de la unidad de Epidemiología del SEDES La Paz, desarrolla un conjunto de actividades orientadas a la promoción, prevención, control y vigilancia epidemiológica de las infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH y SIDA.

El Programa Departamental ITS/VIH/SIDA es responsable de la planificación, programación, evaluación y supervisión de las actividades, realiza una coordinación interinstitucional y multisectorial.

Programa departamental cuenta con un sistema eficaz, eficiente y de calidad para la vigilancia y control epidemiológico de las, ITS/VIH/SIDA, con un recurso humano interdisciplinario, capacitado y sensibilizado, promoviendo la oferta y la atención integral en los centros de vigilancia, información y referencia, (CDVIR La Paz y CRVIR El Alto), involucrando a la población vulnerable considerando su diversidad sexual, cultural, genero, generacional y respetando los derechos humanos.

Actor Nacional - Ministerio de Salud	**Actor Departamental – SEDES / SERES / Programas**	**Actor Municipal – Dirección de Salud Municipal**
Garantizar la atención integral, de emergencia en la prevención, tratamiento y rehabilitación en salud de las NNASC. Elaborar un Protocolo y ruta	• Garantizar para cada Centro de Salud de su jurisdicción, **cuente con una/un profesional en trabajo social y psicología con experiencia en la temática, capacitada**	• Garantizar que cada Centro de Salud de su jurisdicción cuente con **una/un profesional en trabajo social, psicología capacitada en el manejo de la ruta de coordinación de casos para NNASC**.

crítica para la atención en salud con calidad y calidez para NNASC. Formación y sensibilización, en la atención a NNASC, para personal administrativo, enfermeras y todo plantel medico de centros y hospitales de salud, en el marco de la formación ofertada por la Escuela de Gestión Pública Plurinacional.	**en el manejo de la ruta de coordinación y articulación de casos para NNASC**. • Garantizar la participación de una persona de referencia a nivel departamental en los espacios de coordinación con los programas de prevención y atención de la mesa de educadores de El Alto. (Comité Regional Interinstitucional para la Prevención y Atención del VIH, SIDA y TB en población en Situación de Calle).	• Garantizar la participación de una persona de referencia a nivel municipal en los espacios de coordinación con los programas de prevención y atención a NNASC. Participación activa en el (Comité Regional Interinstitucional para la Prevención y Atención del VIH, SIDA y TB en población en Situación de Calle).
Criterios • El Sistema de Salud debe garantizar el derecho a la atención en salud en todos sus niveles y según necesidades. (Nacional, Departamental y Municipal de acuerdo a sus niveles competenciales). • La atención en salud debe convertirse en un aporte y apoyo en el proceso individual de cambio de las NNASC, que genere un impacto más allá de la salud física de las NNASC. • Eso implica que además del derecho a la atención en salud, se debe hacer valer **el derecho a ser acompañados** en sus necesidades de salud. Eso implica una vinculación obligatoria a un de programa de atención ambulatoria, en el caso que una NNASC llegue por si sola al Centro de Salud. • Vincular a las DNA´s, enmarcado de la reglamentación al código 548; DS. N°2377, Art. 15.		

CENTRO REGIONAL DE VIGILANCIA Y REFRENCIA DE VIH – SIDA/ EL ALTO CRVIR

El CRVIR EL ALTO, está encargado en la Prevención y Atención, entre otras poblaciones, de las NNASC que viven con el VIH/SIDA. Esto debido a que las condiciones de vida en las calles, expuestos a la explotación física, sexual, de abuso y extrema violencia representan un grupo muy vulnerable a las ITS, VIH y esto se refleja en la cantidad de cansos detectados y que ameritan una inmediata y urgente atención desde la inter sectorialidad institucional por lo complejo que es adherir a esta población al sistema de protección.

Es en ese entendido, que es absolutamente **imprescindible, tener un espacio de coordinación permanente** que articule a todos los programas que generan acción en contexto local de El Alto, y que abordan las NNASC de forma directa (Fundación Alalay, Fundación Munasism Kullakita, Fundación Arco Iris, Maya Paya Kimsa y el Gobierno Municipal). Esta coordinación la debe liderizar el SEDES-SERES mediante el CRVIR que tiene que responder a las siguientes necesidades y características:

En función de la articulación general de los programas de abordaje en la Fase I:

- Promover y ejercer el liderazgo a partir de la institución pública competente (SERES – CRVIR – GAM GAD);
- Elaboración y planificación de una sola estrategia de abordaje y acción a partir de las necesidades de salud (ITS, VIH, SIDA y Tuberculosis) de la población meta (y no a partir de los intereses institucionales), desde un objetivo común entre todos los programas de las diferentes instituciones;
- Estructuración de compromisos formales de cada programa de cumplir lo asumido. Las diferentes ofertas por diferentes programas deben complementarse y generar una cobertura optima en función a las necesidades de todo el contexto local. Esto implica evitar duplicidad de acciones.
- **No se debe permitir un programa de abordaje en calle a NNASC, al margen de este espacio de coordinación.**

En función de la coordinación del trabajo operativo:

- Tener reuniones de coordinación entre la mesa de educadores y el CRVIR, (Comité Regional) para el análisis de los casos y planificación de los procesos individuales para permitir el acceso a la atención tratamiento y rehabilitación de las problemáticas que implica vivir con VIH, SIDA y Tuberculosis.
- Determinar en equipo interinstitucional, quien será el Educador de Calle de referencia para cada caso individual, lo que significa que sea el principal agente para trabajar el proceso individual en su dimensión de salud con la NNASC. Esta determinación se debe tomar, desde el análisis de *frecuencia de contactos; *grado de confianza; *nivel de empatía entre otros.
- La coordinación se propiciará en el marco priorizar a las NNASC de acuerdo a sus características propias de su dinámica.
- Se coordinará con las DNA's, tal como manda la norma, en el marco de que asuman una corresponsabilidad de los casos, esta coordinación la propiciará el CRVIR en el marco de no perjudicar los vínculos y relaciones de confianza que propician el acercamiento de las NNASC a los programas calle. (anonimidad de denuncias, rescates etc.).
- Se propiciará la reunión el segundo martes de cada mes con el ánimo de propiciar datos socio demográficos de cada NNASC que vive con el VIH, SIDA, Tuberculosis.

- El CRVIR será la instancia que derive casos a hospitales especializados en caso de ser necesario, según la norma plantea, y las instituciones serán las que acompañan a las NNASC en su proceso individual de cambio.
- Se realizara un fortalecimiento de conocimientos y capacidades entre las dos instancias de coordinación.

Respetar la planificación de estrategias para el trabajo de cada uno de los procesos individuales (en Salud) que se realizan en las reuniones de coordinación de casos con el CRVIR. Esto significa que el Educador de referencia, será el encargado de concretizar el proceso individual de la NNASC, los demás Educadores de calle de otros programas deben fortalecer la motivación y apoyar en la reflexión a la NNASC, pero de ninguna manera cambiar de manera repentina la estrategia planificada sin previa coordinación, salvo que se trate de una situación de emergencia, pero de todos modos en coordinación con el personal designado por el CRVIR.

Servicio de Salud – CRVIR
En los casos de que NNASC estuvieran en riesgo de transmitirse ITS y el VIH (prevención), o en el caso de que NNASC deseen hacerse la prueba, el tratamiento y lo que conlleva este proceso para generar adherencia al tratamiento. En ciertos casos de situaciones de emergencia en casos SIDA que pueden llegar a internarse en un Hospital de las Redes establecidas por un tiempo determinado. Por más que no se trata de una toma de decisión para un cambio de situacionalidad, al igual que en el Albergue transitorio de protección, el acceso al CRVIR significa una entrada al sistema de protección, por lo que es importante, que una vez concluida la atención médica, se aproveche esta nueva condición para generar una referencia al espacio adecuado de la Fase II.
COORDINACIÓN DE CASOS DE NNASC
Actor directo: SERES Personal trabajo Social y/o psicología del CRIVIR y Defensoría de la Niñez y la Adolescencia; Participan los programas de abordaje en calle.
Objetivo Prestar el servicio de: Una atención integral, universal, e interdisciplinaria, con un sistema de vigilancia y control eficaz, eficiente y de calidad para las ITS/VIH/SIDA, así mismo, Facilitar la permanencia de la NNASC dentro de la Red de atención luego del alta médica, garantizando su seguridad y protección tanto en el proceso de recuperación, tratamiento y pos seguimiento., como también propiciando la motivación necesaria para generar la participación en un proceso adecuado de rehabilitación en la Fase II.
Perfil del destinatario • NNA, NNASC que por su situación y dinámica de vida se encuentran en la cadena de riesgo de ITS, VIH, SIDA y TB, además aquellos que se encuentren muy deteriorados en cuanto a su salud y que ameritan una atención urgente y una posible derivación a un hospital.

Proceso de admisión

El personal del hospital, debe cumplir como base los siguientes criterios:

- Se debe garantizar el acceso y tratamiento en salud a los NNA y a ser atendidos, basado en la normativa (Art.18, 19, 20, 21, de la ley 548) que prohíbe negar la atención alegando razones de ausencia de los padres o documentación u otros justificativos.
- El CRVIR debe contar con una persona referente responsable, capacitado en derechos de la niñez y en especial de NNASC, esto para la coordinación y quien debe garantizar el recibimiento, atención de calidad y calidez de las NNASC. Esto puede ser Trabajo Social, Psicología u otra persona que designe la institución.
- Realizar el acompañamiento continuo en todo el proceso y tratamiento interno para la atención integral de la NNASC, brindándole confianza, seguridad y protección.

Criterios

En el momento de que accede al CRVIR la NNASC ingresa a la red de atención, aunque no sea a partir de una decisión muchas veces tomada voluntariamente, ya que viene condicionada por su necesidad de salud física. Sin embargo, es importante considerar como una oportunidad para darle continuidad en la Fase II, una vez que tenga el alta médica. En este sentido:

- La persona de referencia debe coordinar con los programas de abordaje en calle (proceso individual de adherencia)para garantizar el acompañamiento al NNA durante su estadía en este servicio.
- Trabajo Social del Hospital debe canalizar la atención y necesidades, todo en coordinación.
- Trabajo Social del CRVIR debe coordinar con la DNA, tanto lo que se refiere a la autorización de los tratamientos médicos, como también sobre el seguimiento de la NNASC dentro de la Red de Atención según estipula la norma AArt.15 DS.2377.
- En coordinación entre Trabajo Social, psicología el plantel de enfermería y médico del CRVIR se debe generar un proceso de trabajo motivacional desde el inicio, para lograr el cambio de situacionalidad a partir de esta necesidad en salud física en este caso los diagnósticos positivos de ITS, VIH, SIDA y todas las enfermedades oportunistas que conllevan.
- En cuanto al trabajo metodológico al interior del CRVIR se plantean Pautas Claves para la atención para NNASC, que lo desarrollaremos posterior a la matriz actual.

Normativa

Ley 548, Art. 21 – Atención médica de emergencia. *III.) En los casos previstos e los parágrafos anteriores, queda prohibido negar la atención a 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.*

Ley 548, Art. 28 – Programas de prevención en salud. *II.) Las niñas, niños y adolescentes en situación de calle, contarán con programas de detección de infecciones y los tratamientos gratuitos correspondientes.*

DS N°2377 (27/05/2015), Art. 13 – Salud integral de Niñas, Niños y Adolescentes. *Para asegurar a las niñas, niños y adolescentes el acceso a la atención permanente sin discriminación, se considerará: 2. Acciones intersectoriales de atención, información integral consejería y educación sobre salud en general, discapacidad, enfermedades prevenibles por vacunas, enfermedades endémicas, epidémicas, pandémicas, infecciosas, salud sexual y salud reproductiva, infecciones de trasmisión sexual y VIH/SIDA, con énfasis en las niñas, niños y adolescentes en situación de calle.*

DS N°2377 (27/05/2015), Art. 15 – Derivación de casos a las Defensorías de la Niñez y Adolescencia. *Los servicios de salud derivarán a las Defensorías de la Niñez y Adolescencia los casos de falta de provisión adecuada y oportuna de cuidado de salud de la niña, niño y adolescente, por omisión de madres y padres, tutores y tutoras, guardadoras y guardadores, para que asuman las acciones correspondientes.*

Ley 3729 Ley Para la Prevención del VIH, Protección de los Derechos Humanos y Asistencia Integral Multidisciplinaria Para Las Personas que Viven con el VIH-SIDA.

a).Garantizar los derechos y deberes de las personas que viven con el VIH-SIDA. b). Establecer políticas y ejecutar programas para la prevención, atención y rehabilitación del VIH-SIDA y la protección de los derechos. c). Definir las competencias y responsabilidades del Estado, sus instituciones y las personas naturales o jurídicas relacionadas con la problemática del VIH-SIDA, d). Establecer mecanismos de coordinación interinstitucional e

intersectorial, conducentes a la implementación efectiva de las políticas y programas para prevención, asistencia integral multidisciplinaria y rehabilitación de las personas que viven con el VIH-SIDA.	
Equipo profesional La coordinación con otros programas o instancias (en especial en el Comité Regional interinstitucional VIH, SIDA) debe darse a partir de una designación formal del CRVIR. Es necesario involucrar en caso que existiera, un profesional de psicología del CRVIR en el acompañamiento al NNA, para fortalecer el trabajo de motivación y estabilidad emocional, siempre en coordinación con el Educador de calle de referencia.	**Tiempo** Tiene que ver exclusivamente con los criterios médicos de la salud.
Criterios de alta y seguimiento • Ya que se trata de un espacio no específico para NNASC, el alta depende exclusivamente del alta médica en relación a la situación de salud y que debe ser coordinada con la DNA y las instituciones de referencia para las NNASC y así pueda involucrarse en programas de la fase II. • El programa de continuidad, donde será derivado la NNASC, debe tener las condiciones para responder a la situación de salud de la NNASC, como también por el proceso individual de rehabilitación en relación a la situación de calle.	
Referencia, vinculación y coordinación con todos los Programas de la Red de Atención y Prevención. El CRVIR tiene la responsabilidad de coordinar con aquellos programa con los que fuera necesario coordinar y articularse, priorizando el bien estar y seguridad de las NNA, NNASC. Su accionar no solo se limita a una acción pasiva de recepción sino de generar una acción activa y de coordinación en los programas que sean necesarios, lo cual tiene que ver que el personal visitará los espacios y programas donde se tenga contacto con las NNA y NNASC.	

LA ATENCIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE CALLE

La atención a las Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle en los establecimientos de salud debe ser equitativa e inclusiva. El acceso no debe estar condicionado por su apariencia física o estilo de vida. La atención en salud será integral, promoviendo conductas y estilos de vida saludables, el conocimiento de enfermedades prevalentes y la recuperación de la salud[6].

Se han identificado tres momentos en la atención. En cada uno de ellos es importante que el personal de salud considere que pueden estar o no padeciendo un trastorno o enfermedad física, sino emocional.

[6] Revisar la Norma Nacional, Reglas y Protocolos Clínicos para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes.

Primer momento: La recepción[7]

El ingreso del niño, niña o adolescente al servicio de salud marca el inicio de la verdadera atención. De este momento, depende la consulta y el seguimiento o control.

Es importante que las personas a cargo de la recepción las y los reciban de manera atenta y amigable, considerando que:

- pueden estar a la defensiva, por la marginación en la que se encuentran y el rechazo constante de la sociedad.
- pueden estar en consumo de sustancias psicoactivas.
- pueden sentirse incómodos u observados por su condición, situación que se incrementa con la actitud de rechazo de otros pacientes que se cambian de asiento o hacen gestos despectivos.
- pueden tener baja autoestima, condicionado al rechazo y abandono experimentados.
- pueden tener un grado considerable de desnutrición, por la mala alimentación y aporte proteico que tienen.

El personal de salud puede dirigir a los niños, niñas y adolescentes a sala de consulta requerida de acuerdo a su necesidad de atención u ofrecerle un ambiente privado y pasivo[8], donde pueda sentirse cómodo y expresar su necesidad de atención.
Será importante que el personal de salud responsable:

- escuche atentamente, comprendiendo las necesidades de atención para encaminar a la especialidad correcta.
- otorgue un trato respetuoso, enfatizando un servicio de calidad no discriminatorio.
- trasmita confianza y serenidad para que demostrarle al niño, niña o adolescente que acudió al lugar correcto donde solucionarán su problema de salud.
- se explique y exprese con claridad y sencillez, demostrando buena predisposición.
- enfatice los resultados positivos que se obtendrán como producto de la atención.

[7] El momento de la recepción de niños, niñas y adolescentes en situación de calle no difiere del proceso de ingreso de otro tipo de pacientes, pero debe considerar el entorno de riesgo y vulnerabilidad al que están expuestos, así como algunos problemas emocionales, como vergüenza y temor.
[8] Sugerencia a considerar cuando se evidencia rechazo o molestia de otros pacientes y el niño, niña o adolescente se siente intimidado.

Segundo momento: La consulta

La consulta médica es la orientación y diagnóstico realizado por el personal de salud pertinente. Involucra la indagación profunda (interrogatorio) y el examen físico al niño, niña o adolescente.

En la consulta será importante considerar:

a. La comunicación

El éxito o fracaso de los programas de atención primaria de salud dependen de las habilidades de comunicación interpersonal del personal de salud. En la consulta o atención solicitada el personal de salud debe saber escuchar, preguntar y explicar.

- Ofrecerá actitud sensible, respeto, cortesía y profesionalismo.
- Escuchará con atención el problema de salud, sin interrupción.
- Tendrá empatía, comprendiendo la situación de vida actual del niño, niña y adolescente.
- Ofrecerá privacidad y asegurará confidencialidad.
- Demostrará interés en la información verbal otorgada y en la comunicación no verbal.
- Se expresará en lenguaje sencillo y claro, evitando el lenguaje técnico.
- Evitará los ambientes inapropiados, con ruidos o elementos que puedan distraer al niño, niña y adolescente.
- Evitará prejuicios y estigmas.
- Controlará a personas o acompañantes que perjudiquen la consulta.
- Facilitará el acceso de las personas o acompañantes que tranquilicen al niño, niña o adolescente.
- Se concentrará en las necesidades de los niños, niñas y adolescentes.
- Proporcionará respuestas verbales y no verbales.
- Utilizará elementos lúdicos.
- Responderá preguntas y aclarará inquietudes con veracidad.
- Aclarará percepciones e ideas preconcebidas.
- Tendrá buen humor, pero no hará bromas inadecuadas.

La comunicación no verbal

El personal de salud debe considerar que su lenguaje corporal, su tono de voz, sus gestos y su mirada comunican algún mensaje a los niños, niñas y adolescentes. Estas actitudes marcan un servicio de calidad y el grado de satisfacción. En este sentido, se debe evitar:

- Revisar otros papeles o documentos durante la atención.
- Ver el reloj.
- Permitir interrupciones.
- Comer o beber alimentos.
- Salir del consultorio.

¿Por qué?

- Porque el niño, niña o adolescente dudará de la predisposición del personal de salud.
- Porque el niño, niña o adolescente no brindará información completa y veraz.
- Porque el niño, niña o adolescente se pondrá más a la defensiva.
- Porque el niño, niña o adolescente difundirá mala información y rumores del centro de salud.
- Porque el niño, niña o adolescente no cumplirá con las instrucciones médicas.
- Porque el niño, niña o adolescente se sentirá discriminado.
- Porque el niño, niña o adolescente no volverá al centro de salud.

El diagnóstico

Dado que un niño, niña o adolescente en situación de calle, por su condición de vida y el consumo de sustancias psicoactivas, no sólo presenta problemas de salud físicos, es recomendable que adicionalmente se realice un diagnóstico psicológico o emocional.

Después de realizar el diagnóstico, el médico otorgará el tratamiento médico preciso. En caso de ser necesario, referirá al niño, niña o adolescente a establecimientos de salud más especializados o con mayor capacidad de atención. El personal de salud deberá, además, considerar e indagar sobre los antecedentes de otras enfermedades o lesiones, así como los antecedentes familiares.

Asimismo, se recomienda ofrecer servicios de consejería, orientando a los niños, niñas o

adolescentes en distintas temáticas de salud para promover hábitos saludables, como también trabajar en aspectos relacionados a la reinserción familiar y social. Los temas a abordar pueden ser en salud sexual y reproductiva, ITS, violencia, nutrición, etc.

DIAGNÓSTICO FÍSICO	DIAGNÓSTICO EMOCIONAL
El diagnóstico físico puede realizarse de acuerdo a la necesidad específica del niño, niña o adolescente al momento de solicitar atención, o por consideración del personal de salud tratante. Incluye: • Quemaduras • Hematomas • Heridas abiertas • Síntomas y extremo consumo de drogas o alcohol • Hemorragias • Erupciones en la piel • Marcas de abuso sexual • Cicatrices • Fracturas o esguinces	El examen emocional incluirá: • Miedo • Vergüenza • Agresividad • Confusión • Indecisión • Ansiedad • Depresión

En las sesiones de consejería será importante que el consejero:

- Escuche con atención e interés.
- No critique.
- Considere las características propias de la condición de vida del niño, niña y adolescente.
- Ayude a expresar sentimientos y emociones.
- Responda a preguntas.
- Explique el proceso de atención recibido.
- Corrija mensajes errados.
- Explique el ejercicio de derechos.

Tercer momento: El seguimiento o control

La etapa de seguimiento o control depende de:

- La calidad de atención[9] otorgada en el primer y segundo momento.
- El grado de interés de la o el usuario.
- El compromiso de los familiares o acompañantes

En tanto es importante que el personal de salud tratante:

- Realice u obtenga el historial médico del niño, niña o adolescente.
- Obtenga información de los familiares o contactos.
- Obtenga información personal y referencial.

La aclaración de ideas, valores y actitudes equivocadas

Los niños, niñas y adolescentes en situación de calle tienen actitudes y formas de expresarse, éstas son características del grupo con el que conviven y de la subcultura a la que responden. El personal de salud debe pedir al niño, niña o adolescente, o al/ los acompañante/s que aclaren las dudas que puedan surgir, de manera respetuosa y cortés. La información brindada debe ser completa y precisa. El personal de salud debe ser paciente, puesto que muchos de los niños, niñas y adolescentes están a la defensiva y se distraen con facilidad. Debe emplear un lenguaje claro y concreto para evitar malentendidos, logrando confianza y un ambiente agradable de atención. Es recomendable el uso de gráficos, dibujos, mapas, videos, etc.

El personal de salud, pese a sus actitudes y creencias, debe actuar con imparcialidad, de acuerdo a las necesidades y solicitudes de los niños, niñas o adolescentes. Con este propósito:

- brindará información veraz y completa.
- evitará la ambigüedad.
- evitará el temor a expresar opiniones.
- evitará actitud a la defensiva.
- evitará enojo.
- evitará insensatez e intolerancia.
- evitará que los prejuicios personales influyan en la consulta.

[9] La calidad de atención será entendida como la satisfacción del usuario, en el marco de una atención que asegure privacidad, confidencialidad, imparcialidad y atención individualizada, como también, el respeto a la cultura, a la edad adolescente, al género y a las propias decisiones, trato respetuoso, confianza y resolución del problema (Ministerio de Salud y Deportes, 2005).

La promoción de la reflexión

La compresión de sentimientos, necesidades, inquietudes y acciones de los niños, niñas y adolescentes, permitirá al personal de salud promover la reflexión hacia actitudes positivas y hábitos saludables.

"Los actuales servicios de salud, para el adolescente, no se adecuan a las necesidades reales y a las características de este grupo poblacional. Un buen ejemplo son los horarios, coincidentes con el tiempo en que el joven o adolescente trabaja o estudia."

Si los niños, niñas o adolescentes en situación de calle perciben actitudes del personal de salud que no despiertan la confianza necesaria, ellos y ellas no manifestarán sus verdaderos motivos de preocupación o interés.

El personal de salud desarrollará habilidades para saber escuchar, motivar y educar a los niños, niñas y adolescentes, promoviendo en ellos y ellas hábitos favorables para su salud y respetando el ejercicio de sus derechos.

El personal de salud se colocará en igualdad de relación (carácter horizontal). No demostrará poder o superioridad ante el niño, niña o adolescente, puesto que al sentirse amenazado o intimidado no expresará sus necesidades y problemas, al contrario, estará alerta y a la defensiva.

De igual manera, será importante que el personal de salud brinde información sobre los servicios del establecimiento a los que puede acceder el niño, niña o adolescente, como también los horarios, lugares, costos, etc. Propondrá la realización de exámenes o estudios complementarios, aprovechando esa visita como una oportunidad para prevenir otras posibles patologías. En este sentido, la consejería será muy importante. Permitirá a los niños, niñas o adolescentes conocer y reconocer su capacidad de elección dentro del servicio de salud.

La intención es buscar en ellos y ellas la reflexión y auto evaluación de acuerdo a su situación personal. Por ejemplo, en una sesión de consejería en salud sexual y reproductiva, el personal encargado brindará información referencial del área temática solicitada, pero también

puede levantar su autoestima, promover la auto confianza, la resolución de problemas y la toma de decisiones.

¿Qué implica saber escuchar?	
1.	Intentar adaptarse al ritmo del niño, niña o adolescente, evitando ejercer presión sobre ellos.
2.	No adoptar ni emitir juicios de valor sobre su condición de vida.
3.	Ser paciente, brindando seguridad y confianza.
4.	Evitar interrupciones* que no le permitan al niño, niña o adolescente explicar su problema o necesidad.
5.	Ser paciente con el lenguaje empleado por los niños, niñas o adolescentes, solicitando aclaraciones si son necesarias, para facilitar la comunicación**.
6.	No discutir, gritar o mostrar enojo, porque se creará inseguridad, desconfianza o ira.
7.	Mirar a los ojos, como signo de atención, y presentar actitud amable.
8.	Demostrar verbal y no verbalmente que se escucha la explicación (Decir "sí" o "comprendo", como también afirmar con la cabeza y con la mirada), para demostrar que se comprende y presta atención a la explicación del niño, niña o adolescente.
9.	Mostrarse accesible y no negar la oportunidad de expresarse.
10.	No sorprenderse de manera negativa ante las descripciones de los niños, niñas y adolescentes, pues ellos identificarán esa actitud como un rechazo a su persona y condición de vida.
11.	Estar atento al grado de satisfacción que el niño, niña o adolescente le asigna a la atención prestada, correspondiente al servicio, personal, horarios, etc.

* El no interrumpir puede llevar al niño, niña o adolescente a salirse del tema o describir otras situaciones. El personal de salud debe guiarlos para comprender su situación.

**Debido al uso de un lenguaje propio de la subcultura de calle, el anexo 3 del documento presenta una lista de palabras de uso frecuente de la población infantil y adolescente en situación de calle de la ciudad de El Alto.

¿Qué implica saber educar?	
1.	Utilizar material de apoyo para incrementar el grado de comprensión*.
2.	Promover la realización de preguntas, generando interés y motivación de cumplir el tratamiento y curar la enfermedad.
3.	Resumir la información para fijar conocimientos.
4.	Repetir la información para asegurar la comprensión.
5.	Aclarar la información para corregir percepciones equivocadas y enfatizar aspectos importantes.
6.	Comunicar las diferentes opciones en torno al tratamiento o atención necesaria, demostrando la capacidad de decisión del niño, niña o adolescente.
7.	Describir cómo debe realizarse el tratamiento, el tiempo de duración, horarios y vía de administración de medicamentos.
8.	Explicar claramente las enfermedades prevalentes, ampliando el conocimiento y/o corrigiendo falsas creencias.
9.	Explicar las causas y consecuencias de las enfermedades, promoviendo el interés por la medicina preventiva.
10.	Discutir efectos comunes y gravedad de las enfermedades, enfatizando que el no buscar atención médica oportuna puede tener consecuencias graves.
11.	Dirigir a los niños, niñas o adolescentes a los exámenes médicos complementarios, resaltando su importancia.

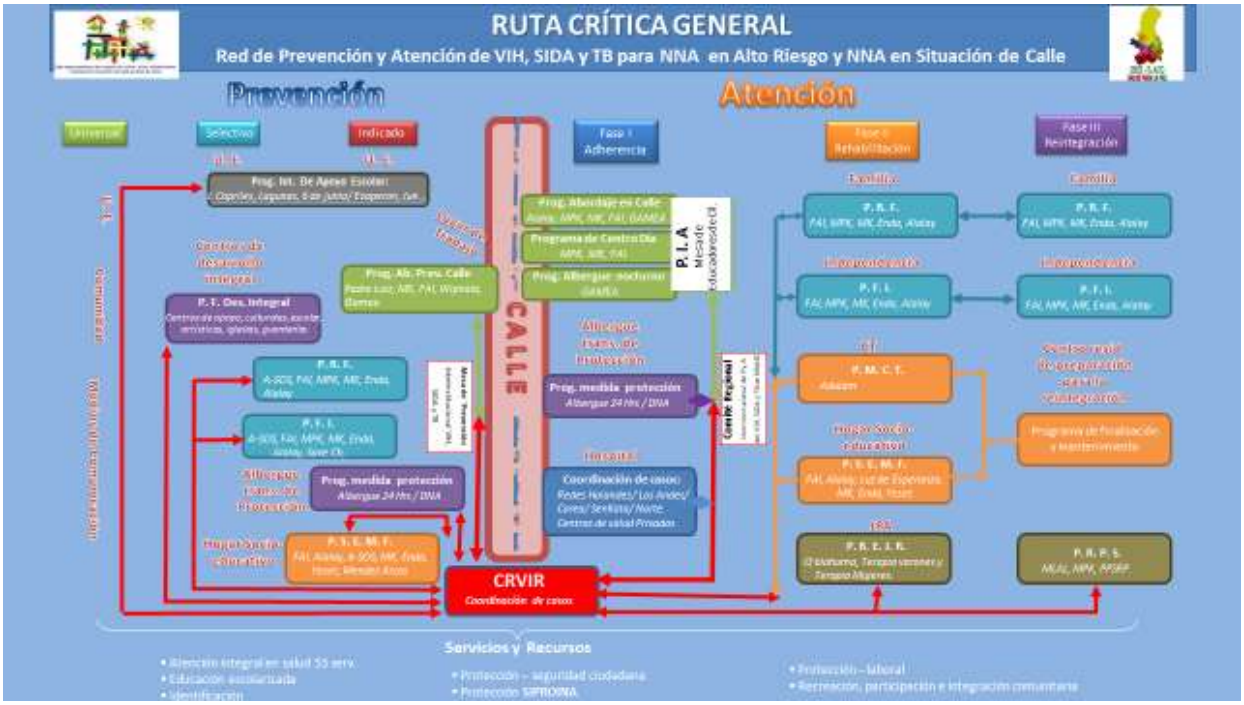
*Debido al consumo de sustancias psicoactivas, el umbral de atención de los niños, niñas y adolescentes en situación de calle es muy bajo y suelen distraerse con facilidad.

¿Qué implica saber motivar?	
1.	Ayudar a los niños, niñas o adolescentes a enfrentar su problema de salud, buscando su colaboración para cumplir con el tratamiento propuesto.
2.	Buscar una solución para el problema de salud, brindándole todas las alternativas de tratamiento para su problema de salud.
3.	Desarrollar autoestima, fomentando su confianza y seguridad.
4.	Promover la esperanza y asignarle la responsabilidad de su reestablecimiento, como protagonista activo.
5.	Obtener compromiso, resaltando la importancia de los seguimientos y controles posteriores.

ESTRUCTURA DE LA RED DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN

Para la propuesta de la Red de Prevención y Atención se considera la disgregación metodológica, con el fin de lograr mayor transparencia y orden en la visualización. Se consideran Fases (Atención) y Niveles (Prevención), para luego analizar partiendo desde los espacios físicos de permanencia (en letra roja), la pertinencia de programas por espacio (cuadros de colores).

Gráfico 6: Estructura de la Red de Prevención y Atención del VIH, SIDA para NNASC.

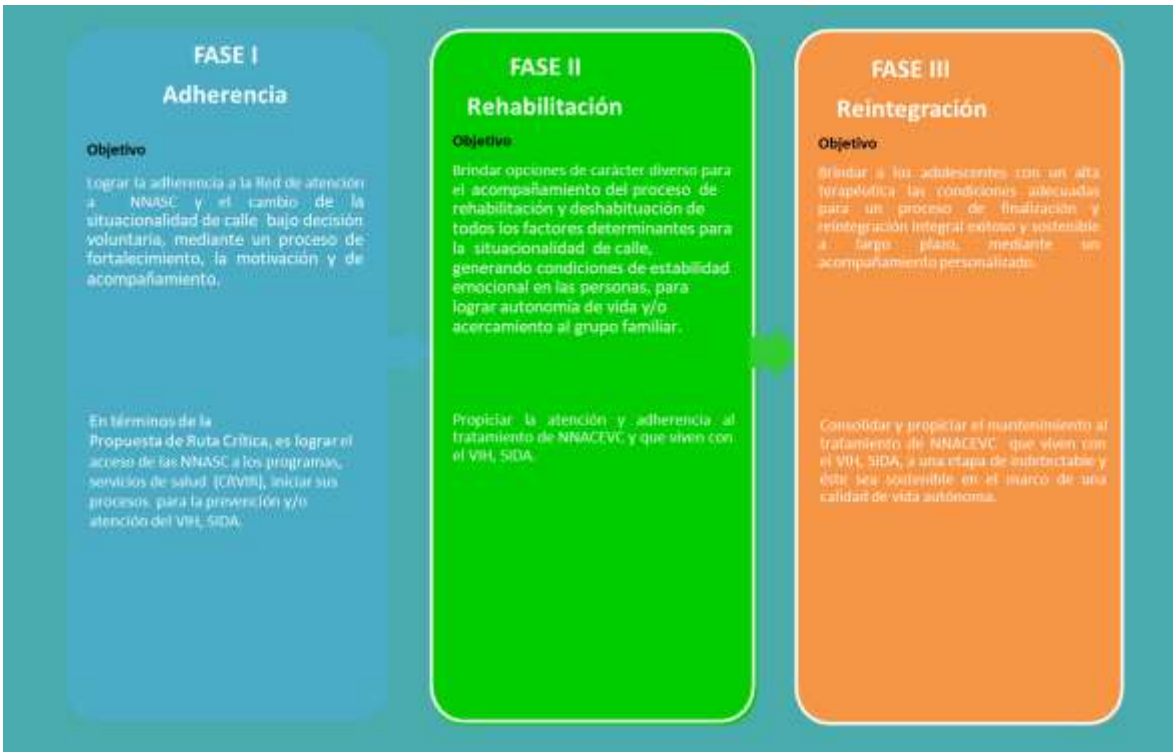


Fuente: Elaboración propia

FASES DE LA RED DE ATENCIÓN

La estructura de la red de atención se encuentra organizada en forma de tres Fases, con el fin de poder diferenciar, tanto los espacios físicos de permanencia de las NNASC, como también los programas necesarios. Por más que en la práctica no existe una delimitación tan exacta entre las diferentes fases, se ha visto importante aplicar estas categorías ya que representan características particulares:

Gráfico 7: Fases de la Red de Atención a NNASC y su Objetivo.



Fuente: Elaboración propia

CRITERIOS GENERALES DE LAS FASES DE LA RED DE ATENCIÓN

Dentro de cada fase se identificaron determinados espacios físicos de permanencia de las NNASC, para los cuales se proponen tipologías de programas que deben garantizar el acompañamiento y la atención en Salud a las NNASC, tomando en cuenta los criterios metodológicos adecuados. Sin embargo, antes de detallar los espacios y programas, se desarrollarán inicialmente los criterios generales por fase:

Fase I – Adherencia			
Todos los programas que forman parte de la Fase I están orientados a procurar un acercamiento paulatino y sostenible a la red de atención en salud, con el fin de generar las condiciones necesarias para poder iniciar un proceso de rehabilitación, deshabituación y recuperación para las NNASC. En esta Fase tiene lugar el proceso muy sensible y generalmente decisivo sobre las probabilidades de éxito para la posterior rehabilitación, reintegración y lo que conlleva en problemáticas que desarrollan tales como su salud. Es por eso que se considera importante, respetar las características de las NNASC en cuanto a la independencia, autonomía y autosuficiencia que han tenido que desarrollar en su contexto de situación de calle, y seguir las recomendaciones metodológicas del Trabajo de Calle, lo cual propone un trabajo participativo conjuntamente con los NNASC.			
Cabeza de Sector	**Normativa:** Ley 548, Art.184,	**Perfil de destinatarios**	**Servicios**
Gobiernos Municipales	**Atribuciones de los Gobiernos Autónomos Municipales, inciso h:** Diseñar e implementar programas y servicios municipales de prevención, protección y atención de a niña, niño y adolescente, para el cumplimiento de las medidas de protección social, de acuerdo a los establecido en el presente código.	Para la fase uno se considera a los NNASC que actualmente tienen su espacio físico de permanencia en la calle.	○ **Salud** • Registro de Nacimiento y Cédula de Identidad. • Seguridad laboral • Protección por Defensoría de la Niñez y Adolescencia • Protección por Policía • Protección por el sistema judicial
Defensoría de la Niñez y Adolescencia, Instituciones privadas.	Art.185, **Defensoría de la niñez y adolescencia, inciso v:** Derivar a programas especializados para la atención de la niña, niño o adolescente en situación de calle.		
SEDEGES	**Normativa Ley 548, Art. 183, Atribuciones de la Instancia Técnica Departamental de política Social, inciso m:** Diseñar e implementar programas de acercamiento con niñas, niños y adolescentes en situación de calle, para la restitución de sus derechos.		

Fase II Rehabilitación La Fase II reúne los programas necesarios para acompañar el proceso de distanciamiento del contexto de la calle de forma adecuada. Para eso se prevé tanto recursos residenciales, como ambulatorios, ya que es importante contar con una amplia variedad de alternativas, que se adecuen a las características diversas de la población meta. En esta fase se deben potenciar las alternativas ambulatorias, ya que brindan una importante opción de lograr procesos más estables y a menor costo para el sistema de atención.			
Cabeza de Sector **SEDEGES** Gobiernos Municipales DNA´s Instituciones privadas, comunidades terapéuticas, Hospital psiquiátrico.	**Normativa Ley 548, Art. 183, Atribuciones de la Instancia Técnica Departamental de política Social** Inciso a) Brindar servicios de orientación y apoyo socio-familiar y educativo. Inciso k) Diseñar, implementar y administrar, las guarderías, centros infantiles integrales, centros de orientación y tratamiento a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, centros de orientación y tratamiento a niñas, niños y adolescentes dependientes de alcohol y drogas, victimas d trata y tráfico. Ley 548, Art.184, **Atribuciones de los Gobiernos Autónomos Municipales, inciso h:** Diseñar e implementar programas y servicios municipales de prevención, protección y atención de a niña, niño y adolescente, para el cumplimiento de las medidas de protección social, de acuerdo a los establecido en el presente código. Decreto Supremo N°2377, Reglamento a la Ley N°548, Art. 57: **Evaluación de la Medida de protección en centros de acogimiento**, Garantizando el carácter de protección a la niña, niño y adolescente en un centro de acogimiento, la Defensoría de la Niñez y Adolescencia coordinará periódicamente con la Instancia Técnica	**Perfil de destinatarios** Para la fase dos se considera a los NNASC que han tomado una decisión de dejar el contexto de la calle como espacio de vida y asumir una alternativa de cambio.	**Servicios** • Salud • Educación formal • Formación técnica • Registro de nacimiento y cédula de identificación • Empleo y seguridad laboral • Protección y seguimiento por la DNA • Protección por el sistema judicial

	Departamental de la Política Social y los Juzgados Públicos en materia de niñez y adolescencia la valoración bio-psico.social legal en cada caso, con la finalidad de recomendar a la autoridad judicial el mejor mecanismo de restitución del derecho a la familia. Esta información será requerida por la autoridad judicial cada tres (3) meses.		

Fase III Reintegración			
La Fase III reúne todos los recursos programáticos para lograr una reintegración integral sostenible a largo plazo para las personas que cuentan con un alta terapéutica de cualquiera de las opciones programáticas de la Fase II. Para eso se requiere tanto opciones ambulatorias, como también una etapa residencial, los cuales permitirán un acompañamiento oportuno y adecuado, según las necesidades y el avance individual del proceso de cada adolescente.			
Cabeza de Sector SEDEGES DNA Participarán además, Instituciones privadas.	**Normativa Ley 548, Art. 183, Atribuciones de la Instancia Técnica Departamental de política Social** Inciso a) Brindar servicios de orientación y apoyo socio-familiar y educativo. Decreto Supremo N°2377, Reglamento a la Ley N°548, Art. 57: **Evaluación de la Medida de protección en centros de acogimiento**. Ley 548, Art. 188, inciso U: Derivar a programas de apoyo a la familia, a la niña, niño o adolescente.	**Perfil de destinatarios** Para la fase tres se consideran a los NNASC que han pasado un proceso de rehabilitación en la Fase II y cuentan con un alta terapéutica, a raíz de este proceso.	**Servicios** • Salud • Educación formal • Formación técnica • Registro de nacimiento y cédula de identificación • Empleo y seguridad laboral Dirección de trabajo / Jefaturas departamentales de trabajo. • Protección y seguimiento por la DNA. • Protección por el sistema judicial.

ESPACIOS Y PROGRAMAS POR FASE DE LA RED DE ATENCIÓN

Se entiende como Red de Atención al conjunto de organizaciones, programas, servicios que ordenan o promueven un continuo servicio coordinado a una población definida, esta red ha sido definida utilizando una nueva mirada, tomando como el punto de partida los **espacios físicos de permanencia** que las NNASC utilizan durante su proceso de resiliencia y esfuerzo de salida desde la calle hacia un espacio alternativo, con un futuro constructivo. Estos espacios se identifican a partir del análisis de donde la NNA tiene su centro de vida y desarrollo sus actividades de sobrevivencia. Es importante asumir esta mirada diferente, ya que nos permite construir la Red de atención, partiendo desde las necesidades de las NNASC según su espacio físico de permanencia, y no como anteriormente se ha procedido a diseñar las estrategias de atención desde la mirada institucional, tomando en cuenta las ofertas institucionales, tratando de adaptar la ruta crítica de las NNASC a las mismas.

La Red de Atención a NNASC debe garantizar, que exista para todos los espacios físicos de permanencia de las NNASC, un tipo de programa de atención. Esto nos permitirá lograr una cobertura de atención metodológicamente adecuada, alcanzando a todos los lugares donde las NNASC se encuentran.

Diferenciados de los espacios físicos de permanencia, se identifican los tipos de **programas** que se requieren según espacio, para lograr una atención adecuada. Se considera de alta prioridad, destacar el rol importante y crucial de los programas dentro de esta estructura, ya que es a partir de estos que se le da un aspecto de atención al espacio físico. Por más que se trate de un espacio institucional, es importante evaluar la existencia y pertenencia de la propuesta programática, diseñada específicamente para la atención a NNASC. Esto ayudará a visibilizar que la infraestructura por sí sola no genera un proceso de atención, sino únicamente a partir del trabajo programático-metodológico con un equipo profesional especializado se podrá lograr los resultados esperados por programa, fase y por ende de toda la Red de Atención.

A diferencia de los programas de atención especializada a NNASC, se considera de alta importancia a los diversos **servicios** (en este caso puntual la SALUD) que deben estar en coordinación directa con los programas, ya que el ejercicio de derechos para las NNASC se da mediante el acceso a estos. Si bien no necesariamente tienen la obligación de elaborar un servicio de atención especializado para NNASC, existen mandatos normativos determinados que implican la obligación de generar facilidades de acceso a los mismos

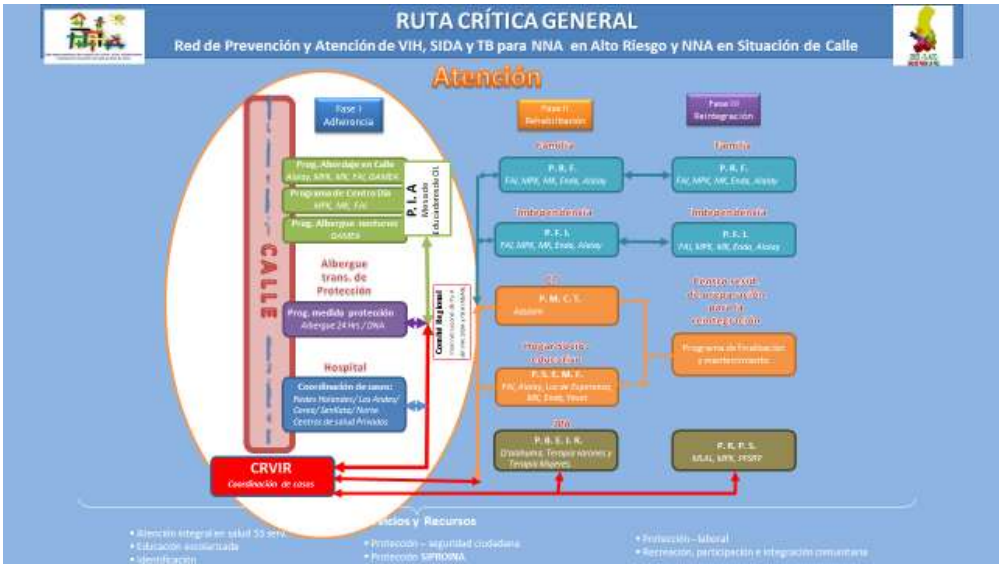
para ciertos grupos poblacionales, según grado de vulnerabilidad. Por lo tanto se tiene que trabajar de manera proactiva con las instancias responsables que brindan los servicios, en estrategias de coordinación y colaboración con los programas de prevención y atención a NNASC.

A continuación se describirán los espacios físicos de permanencia disgregados por Fase de Atención, y las respectivas tipologías de programas y el servicio de salud que se prevén en la Red de Atención por espacio determinado.

PROGRAMAS DE LA FASE I – ADHERENCIA

Esta Fase de la atención se orienta a generar en las NNASC un proceso individual de adherencia a la Red de atención, desde su espacio de permanencia que es la Calle. Por lo tanto, **todos los programas** necesariamente deben estar alineados en **una sola estrategia de abordaje**, que permite trabajar este **proceso individual de adherencia de manera conjunta**, ya que una NNASC de manera paralela participará en los diferentes programas. Los tres programas: Abordaje en Calle, Centro Día y Albergue Nocturno (cuadros verdes), **no significan una secuencia lineal** o cronológica, sino más bien se debe fortalecer la participación de las **NNASC en las tres programas de forma paralela**, ya que esto dará mayores posibilidades de interacción y por lo tanto de fortalecer el proceso individual de adherencia.

Gráfico 8: Estructura de la Red Atención (Fase I de Adherencia) del VIH, SIDA para NNASC.



Fuente: Elaboración propia

DESCRIPCIÓN EN DETALLE DE LOS PROGRAMAS DE LA FASE I:

Espacio Físico de Permanencia - La Calle
Se considera la calle como espacio físico de permanencia para todas aquellas NNASC, que pernoctan literalmente en el espacio público, y también aquellas que lo hacen en alojamientos o en cuartos alquilados, domicilios particulares, pero que siguen compartiendo y socializando con el contexto de la calle.
PROGRAMA AMBULATORIO DE ABORDAJE EN CALLE / CENTRO DÍA / ALBERGUE NOCTURNO
Actor directo GAD (Secretaría de Desarrollo Humano/SEDEGES) - GAM (Cabeza de sector); Instituciones privadas acreditados y articulados en Red (Mesa de educadores); Participación de la DNA.
Objetivos - Generar un acercamiento proactivo y no-invasivo hacia los espacios de socialización y permanencia de las NNASC, para iniciar un contacto y una relación humana que propicie la participación en las actividades de los diferentes programas, con el fin de iniciar un seguimiento y **proceso individual de adherencia**[10] bajo la decisión voluntaria de las NNASC. - Brindar un espacio físico de protección, referencia y apoyo que permita a las NNASC generar procesos individuales de cambio de espacio de vida bajo decisión individual propia, propiciando elementos educativos, de diagnóstico y evaluación, que permita la elección apropiada de la alternativa de cambio. - Brindar un espacio físico de protección, referencia y apoyo que permita a los NNASC generar procesos

[10] Tanto las experiencias prácticas, como la literatura referente a la metodología de trabajo en calle, hacen un fuerte hincapié en la necesidad de un trabajo gradual en forma de un proceso individualizado, que pueda lograr la adherencia de la persona en situación de calle, a un programa de atención especializado, buscando la rehabilitación (Fase II) y reintegración (Fase III) en forma progresiva. Esto se debe especialmente al hecho que se trata de un momento decisivo sobre las posibilidades de participar de un proceso de rehabilitación. Metodológicamente se recomienda dividir este proceso en diferentes etapas, ya que es de esta forma que se puede visibilizar los aspectos resaltantes en relación a los avances. En función a lo que plantea el Protocolo Nacional esta se divide en: 1. Contacto inicial y relación de confianza; 2. Proyección al futuro y proyecto de vida; 3. Preparación al cambio y referencia.

individuales de cambio de espacio de vida bajo decisión individual propia, propiciando elementos educativos, de diagnóstico y evaluación, que permita la elección apropiada de la alternativa de cambio.

- Identificar en las NNASC necesidades en cuanto a la salud integral (ITS, VIH, SIDA) a través del desarrollo de la fase 2[11] del proceso individual de adherencia y así un acompañamiento a los servicios de salud (CRVIR) para que se propicie la relación de ayuda específica en Salud.

Perfil del destinatario

Niños, Niñas y Adolescentes en Situación de Calle: Existen varios criterios que identifican o caracterizan a esta población, estas por la dinámica de la calle pueden variar, cambiar y fluctuar:

- El Pernocte, o estadía nocturna en la calle, ha pasado de pequeñas estancias a largas temporadas en lugares como alojamientos o dormir en la misma calle, así mismo puede que el pernocte se dé en cuartos alquilados o su mismo domicilio;
- Afiliación a grupo de pares, si se ha alcanzado algún tipo de identificación con algún grupo o núcleo de calle estable, es decir que tengan territorialidad e identidad definida;
- Actividades de supervivencia, se da cuando sus estrategias o actividades de supervivencia y estadía permanente en el espacio público pueden variar fácilmente en actividades lícitas como ilícitas;
- Consumo de drogas, cuando el consumo ha dejado de ser esporádico y ha aumentado en intensidad y frecuencia, afectando sus niveles físicos, comportamentales, afectivos y emocionales;
- Lenguaje, cuando por tiempo de estadía y la dinámica en calle, se adquieren ciertas características propias del espacio público, como el manejo del lenguaje y códigos que significan y representan la experiencia de vida en la calle, como ser juegos, palabras, denominación de pares, lugares, grupos sociales, instituciones, personas etc. (lenguaje "que bigote" el lenguaje de las personas en Situación de Calle);
- Ruptura parcial o total de los vínculos familiares, el cual se puede dar de forma progresiva o violenta, lo cual dependerá de la dinámica de la familia de la que provengan.

Es evidente que no necesariamente se cumplan la totalidad de estas características, para determinar si es o no una NNASC. Además el análisis no puede limitarse únicamente a los ejemplos de carteristas descritos, ya que por la dinámica tan cambiante de la calle y el contexto local, dichas características pueden complejizarse y variar.

Se tiene que considerar como criterio fundamental el hecho de no involucrar a NNA a una problemática que no le corresponde, en ese sentido se debe tener la certeza y profesionalidad al identificar nuevos NNASC.

Proceso de admisión

- En el Trabajo de Calle no debe existir ningún impedimento para entrar en contacto con el equipo de Educadores de Calle, tratándose de la presencia en el espacio público.
- Responde a la forma de iniciar el contacto de la Metodología del Trabajo de Calle, por lo que se debe realizar desde un enfoque de voluntariedad de la NNASC.
- El acercamiento debe realizarse de una forma respetuosa y no-invasiva al espacio de habitad de la población meta.
- Se realiza a partir de la proactividad de los Educadores de Calle, lo que significa que no existe una solicitud de ayuda de parte de la población meta. Por lo tanto este proceso se enfoca en generar un acercamiento gradual, para ganarse la confianza de las NNASC, como base fundamental para el contacto. Es a partir de esta relación de confianza afianzada, una motivación permanente a la NNASC y su proyección al futuro, que recién se podrán identificar algunas necesidades, en especial ésta necesidad tan sensible y delicada que es el de solicitar apoyo por parte de las NNASC en cuanto a acceder a un servicio de salud (CRVIR) ante lo cual los/as educadores de calle propiciarán un acompañamiento sistemático.

[11] La fase 2 (Proyección al futuro y proyecto de vida) del proceso individual de adherencia tiene que ver con la: Motivación al cambio de situación de vida, Formulación de un proyecto de vida como motor y motivación para el cambio de situación, y el trabajo individual de búsqueda y planificación de alternativas a la situación de calle.

Criterios de trabajo metodológico

Se trata de un trabajo ambulatorio, que busca el acercamiento hacia los grupos de las NNASC, ya que ellos por su parte no se dirigen a las ofertas institucionales. Por lo tanto se ve necesario cerrar esta brecha entre la población beneficiaria y oferta de apoyo, mediante la construcción de una relación de confianza y estrategias de trabajo de **bajo umbral**[12] que posibiliten la adherencia de los destinatarios a la Red de atención.

- La base de trabajo para este programa es el desarrollo del **Proceso Individual de Adherencia**, por lo tanto debe responder metodológicamente a este mismo.
- Debe orientarse en los principios de la metodología internacional del Trabajo de calle[13] (no-asistencialismo, paradigma de "Sujetos de derechos").
- El Trabajo de Calle se define como un proceso educativo con elementos terapéuticos, que busca una mejora sostenible de la calidad de vida de las NNASC, y **no así cubrir todas las necesidades básicas en la misma calle** (comida, ropa, frazadas, etc.), ya que esto únicamente genera consolidar la permanencia de las NNASC en la calle y quita la motivación de cambio. Por lo tanto, se debe evitar estrategias asistencialistas.
- El Trabajo de Calle debe orientarse en los siguientes principios básicos:
  a) Acercamiento e interés primero a la persona, y **no únicamente a su problema**.
  b) Cercanía y respeto al contexto de vida de las NNASC, sin juicios de valor.
  c) Orientación en los recursos positivos, bajo la convicción que puede cambiar.
  d) Libertad de decisión sobre su participación y construcción participativa de las alternativas.
  e) El Objetivo más importante es, generar y fortalecer un proceso individual de adherencia para la NNASC, que le ayude a tomar una decisión de cambio y de buscar relación de apoyo. **Toda actividad que se realiza con la NNASC debe generar un aporte a su proceso.**
- Debe generar referencias confiables para las NNASC, tanto en tiempo (horarios), como en espacio
- (lugares de las actividades).
- Debe contemplar diferentes categorías de actividades, no solamente el rutaje o las visitas a los lugares, sino también ofrecer actividades en espacios neutros, trabajos temáticos en especial referidos a los derechos y la **salud** (VIH, SIDA), etc.
- Debe ser punto de referencia, coordinación y acompañamiento para el acceso a los servicios (el cumplimiento de derechos no pasa únicamente por el mero acceso a la atención de salud, sino también las NNASC tienen **derecho a ser acompañado** en este proceso por el educador de calle).
- Apunta a la construcción de una relación de confianza, que permita el inicio de un proceso individual, a base de evaluación y construcción individualizada, respetando las características, perfil, expectativas de la NNASC. (es el inicio de la relación de apoyo específica a la salud (VIH, SIDA).
- Existe una coordinación estrecha entre los Programas de Abordaje en Calle Centro día y Albergue nocturno, para un provecho óptimo de los aportes al proceso de parte de cada programa.
- Las **estrategias de reducción de riesgos y daños**, deben orientarse **como herramientas** en el proceso individual de cambio, pero **no así como objetivo final** del abordaje en calle.
- Obligatoriamente debe haber una coordinación de la atención a casos por diferentes equipos (Mesa Municipal de Educadores de Calle de El Alto)[14]. Y es a partir de esta actividad que se puede generar una relación de apoyo y ayuda integral, entre ellas la necesidad de salud tales como el VIH, SIDA a partir de la derivación de las NNASC al servicio de salud del CRIVIR.

[12] El *umbral* hace referencia a los criterios y condicionantes a la población meta, para que pueda acceder a la oferta institucional. *Bajo umbral*, por lo tanto hace referencia a los programas y ofertas que buscan reducir las barreras de manera consciente, para facilitar a la población meta el acceso a las ofertas institucionales.
[13] Dínamo Internacional, Guía internacional sobre la metodología de la educación de calle en el mundo, Bélgica 2009.
[14] La Mesa Municipal de Educadores de Calle de El Alto, tiene como principal objetivo articular acciones y esfuerzos institucionales para lograr revertir la situación de vulnerabilidad que atraviesan las NNASC. Así mismo generar un referente de atención y abordaje en la calle, a partir de la coordinación y articulación de acciones que cada mes tiene lugar una reunión interinstitucional y cada semana a través de la Carpa "Que la Calle No nos Calle" el cual es un dispositivo de contacto, escucha y apoyo a personas en situación de calle.

Normativa	Equipo profesional	Tiempo
Ley 548, Art.184, Atribuciones de los Gobiernos Autónomos Municipales, inciso h: *Diseñar e implementar programas y servicios municipales de prevención, protección y atención de la niña, niño y adolescente, para el cumplimiento de las medidas de protección social, de acuerdo a lo establecido en el presente código.* **Ley 548, Art. 183, atribuciones de la Instancia Técnica Departamental de política Social**, *inciso m) Diseñar e implementar programas de acercamiento con niñas, niños y adolescentes en situación de calle, para la restitución de sus derechos.* **Ley 548, Art. 188, Atribuciones de la Defensoría de la Niñez y Adolescencia**, *inciso v) Derivar a programas especializados para la atención de la niña, niño o adolescente en situación de calle.*	Equipo transdisciplinario con Educadores de calle, que cuentan con manejo de metodología de trabajo de calle, situaciones de crisis, trabajo en grupos, reeducación social, contención emocional, proyección personal, entre otros.	La temporalidad de los proceso de cambio de espacio de vida no puede determinarse de manera general, ya que se tiene que considerar una variación en este aspecto a partir de las características personales del individuo. Estas deben ser evaluadas por los educadores de calle, donde influyen principalmente los aspectos de: • Tiempo de permanencia en calle • Estrategia de sobrevivencia • Tipo e intensidad del consumo de SPA Como referencia general se propone un margen de tiempo de 12 meses, considerando flexibilidad a partir de la evaluación mencionada.

Criterios para el alta del Programa

Haber concluido el proceso individual de adherencia, lo que implica la construcción de un proyecto de vida básico y la planificación de su implementación. Esto implica:

- Tener una razón clara, del por qué se quiere dejar la calle.
- Haber definido la alternativa de cambio, y según la decisión, haber trabajado en la viabilidad de la opción. Esto también implica el contacto inicial con el programa de derivación de la siguiente fase.
- Cumplir con los criterios del Perfil del destinatario del programa de derivación de la siguiente fase.
- Haber iniciado su tratamiento ARV[15] para el VIH o SIDA y que esté con la predisposición de continuar su tratamiento y generar su adherencia respectiva, evitando factores de riesgo y/o abandono de ella.

El Educador de calle de referencia debe tomar en cuenta lo siguiente:

- La evaluación del avance del proceso individual de adherencia, que no deberá basarse únicamente en circunstancias coyunturales (mal clima, etc.), sino responder a una decisión de querer realizar un cambio.
- La toma de decisión no debe forzarse con engaños o falsas expectativas para las NNASC, ya que llevaría a una ruptura (hasta definitiva) de la NNASC con la Red de atención. Durante todo el proceso, pero especialmente en el momento de la derivación, se debe dar información clara, transparente y honesta, sobre todos los aspectos que implican éste paso, incluido el tema de VIH, SIDA.
- En el acercamiento al programa de derivación de la siguiente fase se debe respetar los criterios de contacto del mismo. Puede haber programas que requieren un acercamiento autónomo de la NNASC, lo que es importante aclarar y coordinar previamente.

[15] Medicamento empleado para impedir la multiplicación de un retrovirus, como el VIH. Por lo general, el término se refiere a los medicamentos antirretrovirales contra el VIH.

- El seguimiento post-calle de la NNASC debe coordinarse de la misma manera con el nuevo programa, ya que es importante no romper el contacto de manera abrupta, evitando de esta manera una sensación de abandono en la NNA; así mismo hay que tomar en cuenta que el Educador de Calle y el programa de la Fase I representan el contexto de la calle, por lo que se debe tener especial cuidado en las visitas de fortalecimiento (no llevar noticias de la calle al lugar, sino más bien fortalecer el nuevo proceso).

Posibles derivaciones a Programas de la FASE I

Programa por medida de Protección	**Programa de Coordinación de Casos en Hospital**
En caso que una NNASC se encuentre en una situación de crisis o emergencia por violencia, abuso y exposición a riesgos elevados, se hará la derivación a este programa. El Educador de Calle deberá continuar con el seguimiento en el nuevo espacio físico de permanencia, de manera coordinada con los responsables del Programa.	En caso de una emergencia de salud VIH o SIDA que requiera la internación en un Hospital, se hará la coordinación correspondiente con el CRVIR y estos con el Hospital. El Educador de Calle deberá continuar con el seguimiento y trabajar coordinadamente con el Hospital y CRIVIR, el Proceso individual de la NNASC.

Servicio de Salud CRVIR

En caso de que los programas de abordaje en calle, centro día o albergue nocturno identifiquen en su abordaje o intervención en las NNASC necesidades o emergencias referidas a su salud sexual y/o reproductiva o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH serán derivadas mediante la coordinación al servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud. Pero el acompañamiento a las NNASC por parte de los educadores de calle será permanente en todo el proceso de diagnóstico, tratamiento y adherencia.

Posibles derivaciones a Programas de la FASE II

Programa ambulatorio de reintegración a la familia	**Programa ambulatorio de apoyo a la Independencia**	**Programa de Comunidad Terapéutica**	**Programa de Hogar socio-educativo**
La Familia es cons-ciente del diagnóstico VIH de la NNASC y está dispuesto al apoyo. La familia constituye una alternativa real (evaluación conjun- ta). Se realizó un proceso de acerca- miento previo con la familia y existe predisposición de la misma a la reintegración. La NNASC demues- tra seguridad y con- fianza en su familia y el proceso de seguimiento.	La/el adolescente en situación de calle tiene una fuente de ingreso económica. El proyecto de vida es sólido y existe la honesta predisposi-ción de romper con el contexto de la calle. Se ha podido reducir el consumo notoriamente antes de la derivación. Se encuentra consciente sobre su situación de salud (VIH) y se encuentra ya iniciando su tratamiento ARV con la finalidad de generar adherencia a éste.	La NNASC requiere un proceso terapéutico de rehabilitación, tanto del aspecto de consumo de drogas, como también de las estrategias de sobrevivencia y problemáticas referidas al VIH, SIDA cuando la familia e independencia no son alternativas reales.	La NNASC: No tiene opciones de una reintegración a la familia de manera inmediata. Requiere un proceso de estabilización integral y de salud (VIH) y deshabi-tuación de la vida en calle, pero no tiene consumo problemático. Niñas/os menores de 12 años.

Espacio físico de permanencia – Albergue transitorio de Protección
Se trata de un espacio de protección institucional para situaciones de riesgo eminente. Las NNASC que han sido llevados a este espacio de protección aún no han asumido un cambio de su situacionalidad, ya que el ingreso no es por voluntad propia de las NNA, sino por medida de protección. Sin embargo, el hecho que una NNA esté en este lugar significa el ingreso a la red de atención, lo cual debe ser aprovechado dándole continuidad en la Fase II.
PROGRAMA DE MEDIDA DE PROTECCIÓN
Actor directo Defensoría de la Niñez y la Adolescencia; Coordinación con SEDEGES y los demás programas de la Fase I.
Objetivo Brindar un espacio transitorio a NNASC que les garantiza la protección integral inmediata, para buscar la alternativa más adecuada según las características individuales de las NNASC.
Perfil del destinatario NNASC[16] que han sufrido algún tipo de violencia y requieren de inmediato un espacio de protección: • NNASC en que su sistema de salud está totalmente deteriorado y ya no asumen responsabilidad ni control de su cuerpo y salud (casos de VIH, SIDA, etc.); • Víctimas de violencia física, psicología y sexual en el espacio de la calle; • Víctimas de Violencia Sexual Comercial; • Infantes en Situación de Calle en riesgo circunstancial entre 0 y 6 años que por decisión de sus tutores, padres o familia se encuentran en situación de calle y está en riesgo circunstancial su vida. Es importante aclarar que este riesgo tiene que ver con que los padres o tutores se encuentren en consumo excesivo, en dinámica delictiva, u otros, lo cual ponga en riesgo la vida y seguridad del infante. Estas situaciones debe **trabajarse sistémicamente con las madres, padres y familia ampliada** para que no se tenga un enfoque solamente represivo, sancionador o de alejamiento de los infantes de sus padres, sino que se busque a mediano y largo plazo de **generar condiciones adecuadas para reunir nuevamente a la familia**. • Adolescentes en situación de calle en procesos de gestación y en evidente riesgo, que por decisión propia ponen en riesgo la vida de ella y la del bebé, en casos de consumo, salud, dinámica delictiva. • NNASC que son víctimas de grupos delincuenciales y traficantes de drogas: Aquellos NNASC que son extorsionados, manipulados poniendo en riesgo su seguridad y hasta su vida, al realizar actividades delictivas tales como el robo o el tráfico de sustancias psicoactivas en beneficio de estructuras delincuenciales. • NNASC con problemáticas de salud crónicos físicas o mental y que ya no tienen capacidad de decisión por estos problemáticas y su deterioro, por lo cual necesitan apoyo profesional especializado (casos fase SIDA)..
Proceso de admisión El personal del programa por medida de protección, debe cumplir como base los siguientes criterios. • **Realizar la primera acogida**: Cuando una NNASC llega al Programa se hace la acogida, dando la bienvenida e información clara y transparente sobre los procedimientos internos a seguir. Se debe determinar si se trata de una situación de crisis, la cual requiere alguna atención especializada inmediata (salud mental y física – VIH, SIDA). El aspecto más importante en el momento de la acogida es transmitir a la NNASC la confianza necesaria para que se sienta protegida y segura. • Acompañamiento: Realizar el acompañamiento continuo en todo el proceso y tratamiento interno para la atención integral de la NNASC. • Atención con profesionalidad, calidad y calidez: El proceso de atención en el programa por medida de protección debe ser velando el interés superior de la NNA a través de una intervención profesional, con calidad y calidez.

[16] Compare los criterios con el Perfil del Destinatario de los Programa ambulatorios.

Criterios

En el caso de que un NNA requiera de una medida de protección inmediata para poder garantizar su integridad física, emocional y moral, se debe contar con un centro de acogida transitorio, diferenciando sexo y grupos etarios. Por tratarse de una medida de protección inmediata, es importante recalcar el carácter transitorio de la misma, que debe servir únicamente para estabilizar la situación de emergencia o crisis, evaluación de la condición actual del NNA, las necesidades de atención y las opciones alternativas a mediano y largo plazo.

- Debe ser un espacio de protección con accesibilidad de 24 horas, 7 días.
- El ingreso a este espacio se dará por la referencia del educador que realizar el Trabajo de Calle, la Policía, de un Hospital después del alta, o a raíz de una actuación por oficio de la propia Defensoría de la Niñez y Adolescencia.
- Para poder estabilizar al NNASC, se requiere la disponibilidad inmediata de atención psicológica, intervención en crisis, atención en salud física y mental integral.
- Vincular a la familia: Es sumamente importante buscar y propiciar el contacto con la familia para que pueda involucrarse en todo el proceso.
- Vincular a los programas del proceso ambulatorio calle: Vincular al educador de calle de referencia, para acompañar, informar, coordinar las alternativas más coherentes y necesarias para las NNASC.
- **Por más que el ingreso no necesariamente haya sido por voluntad de la NNASC, es importante que se trabaje durante el corto tiempo de estadía de forma positiva la decisión personal para el cambio y de esta manera contar con la participación constructiva en el proceso de rehabilitación y/o reintegración en la siguiente fase**.
- Información y coordinación permanente con los programas: El responsable del programa debe conocer y estar constantemente informado sobre las características, las ofertas, los criterios, el personal de los programas de las diferentes fases. Tener presente siempre el contacto con la persona referente de cada uno de los programas para coordinar el caso de acompañamiento, derivación de una NNASC.
- La característica principal de este espacio es lo transitorio, por lo que se requiere un proceso inmediato en los siguientes aspectos:
  - ✓ Evaluación de la condición y situación actual del NNA;
  - ✓ Determinar su situación familiar y opciones de una reintegración;
  - ✓ Búsqueda de alternativas institucionales de continuidad;
  - ✓ Determinar la situación o condición de salud (VIH, SIDA) de la NNASC.

Normativa	Equipo profesional	Tiempo
Ley 548, Art. 53 (ACOGIMIENTO CIRCUNSTANCIAL). *El acogimiento circunstancial es una medida excepcional y provisional, efectuada en situaciones de extrema urgencia o necesidad en favor de una niña, niño y adolescente, cuando no exista otro medio para la protección inmediata de sus derechos y garantías vulnerados o amenazados.* **Ley 548, Art. *54 - 56*.**	Se requiere de una atención 24 horas por personal especializado en intervención en crisis y contención emocional para situaciones de emergencia. Además se necesita la disponibilidad de profesionales de psicología, trabajo social, salud y área legal, para poder asumir la evaluación integral, determinar la situación familiar y generar la alternativa adecuada.	La acogida transitoria estipulada por la Ley 548, prevé un tiempo de máximo 72 horas. En casos excepcionales se puede extender esta medida a 30 días, contando con la autorización del juez de NNA.

Criterios de alta

- Tiempo: la acogida circunstancial por norma está limitada a un máximo de 72 horas.
- Haber concluido la evaluación integral de la situación de la NNASC, considerando los aspectos de:
  - ✓ Características de la NNASC y sus necesidades de atención especializada;
  - ✓ Situación de salud integral en especial el VIH.
  - ✓ Vínculo familiar y posibilidades de reintegración;
- Contar con un avance básico en el proceso individual de adherencia y la voluntad de asumir las condiciones del programa de la siguiente fase.
- Contar con una alternativa clara y adecuada según la evaluación individual integral, que dé garantías mínimas de permanencia en el programa al cual será derivada.

Posibles derivaciones a Programas de la FASE I		
Servicio de Salud CRVIR En caso de que se identifiquen en las NNASC necesidades o emergencias referidas a su salud sexual y/o reproductiva o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH serán derivadas mediante la coordinación al servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud.		
Programa de Coordinación de Casos en Hospital En caso de una emergencia de salud VIH o SIDA que requiera la internación en un Hospital, se hará la coordinación y derivación correspondiente con el CRVIR y estos con el Hospital (o directamente). El Educador de Calle deberá continuar con el seguimiento y trabajar coordinadamente con el Hospital y CRIVIR, el Proceso individual de la NNASC.		
Posibles derivaciones a Programas de la FASE II (compare con las descripciones de las programas mencionadas)		
Programa ambulatorio de reintegración a la familia La Familia es consciente del diagnóstico VIH de la NNASC y está dispuesto al apoyo. La familia constituye una alternativa real (evaluación conjunta). Se realizó un proceso de acercamiento previo con la familia y existe predisposición de la misma a la reintegración. La NNASC demuestra seguridad y confianza en su familia y el proceso de seguimiento.	**Programa de Comunidad Terapéutica** La NNASC requiere un proceso terapéutico de rehabilitación, tanto del aspecto de consumo de drogas, como también de las estrategias de sobrevivencia y problemáticas referidas al VIH, SIDA cuando la familia e independencia no son alternativas reales.	**Programa de Hogar socio-educativo** La NNASC: No tiene opciones de una reintegración a la familia de manera inmediata. Requiere un proceso de estabilización integral y de salud (VIH) y deshabituación de la vida en calle, pero no tiene consumo

Espacio físico de permanencia – Hospital
En ciertos casos de situaciones de emergencia de salud (VIH, SIDA, TB), las NNASC pueden llegar a internarse en un Hospital por un tiempo determinado. Por más que no se trata de una toma de decisión para un cambio de situacionalidad, al igual que en el Albergue transitorio de protección, la internación en el Hospital significa una entrada al sistema de protección, por lo que es importante, que una vez concluida la atención médica, se aproveche esta nueva condición para generar una referencia al espacio adecuado de la Fase II.

COORDINACIÓN DE CASOS DE NNASC EN EL HOSPITAL
Actor directo: Psicología o Trabajo social del Hospital y Defensoría de la Niñez y a Adolescencia; Participan los programas de abordaje en calle.
Objetivo Facilitar la permanencia de la NNASC dentro de la Red de atención luego del alta médica, garantizando su seguridad y protección tanto en el proceso de recuperación post-hospitalario, como también propiciando la motivación necesaria para generar la participación en un proceso adecuado de rehabilitación en la Fase II.
Perfil del destinatario • NNASC que por su situación y dinámica de vida se encuentran muy deteriorados en cuanto a su salud y que ameritan una atención urgente e internación en un hospital. **(VIH, SIDA, TB)**.
Proceso de admisión El personal del hospital, debe cumplir como base los siguientes criterios: • Se debe garantizar el acceso y tratamiento en salud a los NNA y a ser atendidos en cualquier establecimiento de salud (hospital), basado en la normativa (Art.18, 19, 20, 21, de la ley 548) que prohíbe negar la atención alegando razones de ausencia de los padres o documentación. • El espacio del hospital debe contar con una persona referente responsable para la coordinación y quien debe garantizar el recibimiento, atención de calidad y calidez de las NNASC. Esto puede ser Trabajo Social, pero además se debe brindar apoyo psicológico. • Realizar el acompañamiento continuo en todo el proceso y tratamiento interno para la atención integral de la NNASC, brindándole confianza, seguridad y protección.
Criterios En el momento de ser internado en un Hospital el NNASC ingresa a la red de atención, aunque no sea a partir de una decisión tomada voluntariamente, ya que viene condicionada por su necesidad de salud física. Sin embargo, es importante considerar como una oportunidad para darle continuidad en la Fase II, una vez que tenga el alta médica. En este sentido: • Trabajo Social del Hospital debe coordinar con el CRVIR y con programa de abordaje en calle de referencia del NNASC el acompañamiento al NNA durante su estadía en el hospital. • Trabajo Social del Hospital debe canalizar el seguimiento psicológico para la NNASC desde el servicio de Psicología del Hospital, todo en coordinación con el CRVIR y el Programa Ambulatorio. • Entre el Programa de Coordinación de Casos del Hospital y el Programa Ambulatorio se deben analizar los antecedentes que puedan ser relevantes para su atención en salud, además de referencias familiares. • Trabajo Social del Hospital debe coordinar con la DNA, tanto lo que se refiere a la autorización de los tratamientos médicos, como también sobre el seguimiento de la NNASC dentro de la Red de Atención. • En coordinación entre Trabajo Social del Hospital y el Programa ambulatorio de abordaje en calle y DNA se debe generar un proceso de trabajo motivacional desde el inicio, para lograr el cambio de situacionalidad a partir de esta necesidad en salud (VIH, SIDA). Es importante que la alternativa adecuada post-hospitalario sea trabajada de manera conjunta con el NNA, con el fin de contar con su participación y motivación al cambio. **Normativa** **Ley 548, Art. 21 – Atención médica de emergencia**. *III.) En los casos previstos e los parágrafos anteriores, queda prohibido negar la atención a 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.*

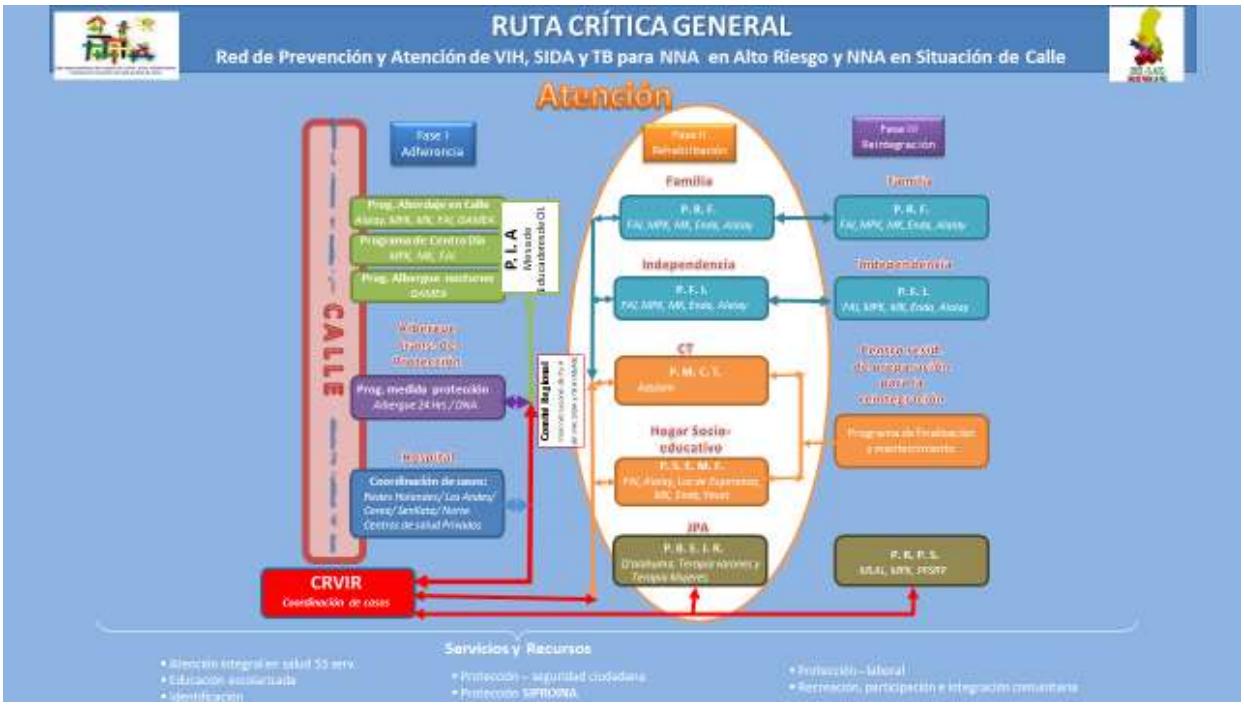
Ley 548, Art. 28 – Programas de prevención en salud. *II.) Las niñas, niños y adolescentes en situación de calle, contarán con programas de detección de infecciones y los tratamientos gratuitos correspondientes.* **DS N°2377 (27/05/2015), Art. 13 – Salud integral de Niñas, Niños y Adolescentes.** *Para asegurar a las niñas, niños y adolescentes el acceso a la atención permanente sin discriminación, se considerará: 2. Acciones intersectoriales de atención, información integral consejería y educación sobre salud en general, discapacidad, enfermedades prevenibles por vacunas, enfermedades endémicas, epidémicas, pandémicas, infecciosas, salud sexual y salud reproductiva, infecciones de trasmisión sexual y VIH/SIDA, con énfasis en las niñas, niños y adolescentes en situación de calle.* **DS N°2377 (27/05/2015), Art. 15 – Derivación de casos a las Defensorías de la Niñez y Adolescencia.** *Los servicios de salud derivarán a las Defensorías de la Niñez y Adolescencia los casos de falta de provisión adecuada y oportuna de cuidado de salud de la niña, niño y adolescente, por omisión de madres y padres, tutores y tutoras, guardadoras y guardadores, para que asuman las acciones correspondientes.*	
Equipo profesional La coordinación con otros programas o instancias debe darse a partir de Trabajo social del Hospital. Es necesario involucrar en caso que existiera, un profesional de psicología del Hospital en el acompañamiento al NNA, para fortalecer el trabajo de motivación y estabilidad emocional durante la estadía, siempre en coordinación con el Educador de calle de referencia.	**Tiempo** Tiene que ver exclusivamente con los criterios médicos de la salud física.
Criterios de alta • Ya que se trata de un espacio no específico para NNASC, el alta depende exclusivamente del alta médica en relación a la situación de salud física (VIH, SIDA, TB) de la NNASC. • El programa de continuidad, donde será derivado la NNASC, debe tener las condiciones para responder a la situación de salud física (VIH, SIDA, TB) de la NNASC, como también por el proceso individual de rehabilitación en relación a la situación de calle.	
Derivación a Programa de la FASE I **Programa de Medida de Protección** En caso de no contar con una alternativa permanente en el momento del alta médica se debe realizar, en coordinación con la DNA, la derivación al Programa de Medida de protección para su acogida temporal, hasta que se pueda gestionar un espacio adecuado en coordinación con los programas de la FASE II.	
Vinculación y Coordinación con el CRVIR En caso de que se identifiquen en las NNASC necesidades o emergencias referidas a su salud sexual y/o reproductiva, VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá coordinar con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo. Además se deberá notificar a la DNA y los programas ambulatorios para buscar el mejor espacio pos estadía calle.	

PROGRAMAS DE LA FASE II – REHABILITACIÓN

Los programas de la Fase II, contemplan programas necesarios que son capaces de acompañar el proceso de distanciamiento del contexto de la calle de forma significativa y adecuada, además de dar respuesta a problemas de Salud tales como el VIH, SIDA. Para eso se prevé tanto recursos residenciales, como también ambulatorios, ya que es importante contar con una

amplia variedad de alternativas que se adecuen a las características diversas de la población meta. En esta fase se deben potenciar las alternativas ambulatorias, ya que brindan una importante opción de que se puedan lograr procesos más estables a menor costo para el sistema de atención.

Gráfico 9: Estructura de la Red Atención (Fase II de Rehabilitación) del VIH, SIDA para NNASC.



Fuente: Elaboración propia

Espacio físico de permanencia – Familia
En las situaciones que el NNA decide volver con su familia (nuclear o ampliada), se requiere de un proceso de acompañamiento previo y posterior. Se considera un retorno a la familia solamente la situación que se genera a partir de la toma de una decisión y la voluntad de romper con el contexto de la calle de parte del NNASC, y no así la constante ida y vuelta entre la calle y la familia, que tiene su objetivo más en cubrir necesidades inmediatas de corta duración y no implican la intención de generar un proceso de cambio integral.
PROGRAMA AMBULATORIO DE REINTEGRACIÓN FAMILIAR
Actor directo GAD (Secretaría de Desarrollo Humano/SEDEGES) y GAM - DNA (Cabezas de sector); Instituciones privadas acreditadas y articuladas en Red; Seguimiento de la DNA.

Objetivo

Propiciar un proceso de reintegración familiar sostenible mediante un acompañamiento integral a todo el sistema familiar, para que la familia nuevamente pueda ser el referente de protección y desarrollo principal para la NNA.

Perfil del destinatario

NNASC, con características de:

- Voluntad y decisión de regresar con su familia.
- NNA con un vínculo familiar estable y sea una alternativa de apoyo y acogida.
- Tener un proyecto de vida trabajado con aspiraciones claras y reales sobre su actividad y rol dentro de la familia, basado en el apoyo de la misma.
- Demostrar un grado de responsabilidad y habilidades sociales adecuadas para poder recuperar la confianza de su familia y lograr la reintegración (evaluación del proceso individual desde el abordaje en calle, centro día y albergue nocturno).
- Haber dejado las estrategias de sobrevivencias propias de la calle como ser: la afiliación a grupo de pares; el pernocte; actividades de supervivencia; entre otros.
- Haber reducido y tener controlado significativamente el consumo de SPA, para llegar a eliminarlo mediante el acompañamiento y apoyo del programa ambulatorio.
- NNA comunica a su familia sobre su situación de salud (VIH, SIDA).

La Familia, con las siguientes características :

- La familia debe tener la voluntad de recibir al NNA de manera abierta y constructiva.
- Que los factores que incidieron en la expulsión de la NNA hayan cambiado.
- La Familia es consciente de su situación de salud y está dispuesta a apoyarlo.
- Que la familia sea una alternativa real de apoyo y protección para la NNA.
- Predisposición y compromiso de cumplir el proceso del programa ambulatorio de reintegración a la familia.

Proceso de admisión

- La admisión responde a procesos previos de trabajo con las NNASC y sus familias, realizados en la fase de adherencia.
- El proceso de vinculación y acercamiento de las NNASC con sus familias se realiza a solicitud de los programas de adherencia.
- Se realiza un diagnóstico y evaluación de cada uno de los procesos individuales de las NNASC, que tiene que ver con el alta de los programas de adherencia, a partir de los informes, reuniones y entrevistas con los programas de referencia de la fase de adherencia y los sistemas familiares.
- El programa concreta, de forma conjunta con la NNASC y la familia, una planificación de acciones a realizar para el fortalecimiento, acompañamiento y apoyo del proceso de reinserción.
- Existe la predisposición y decisión voluntaria de la NNASC y la familia de ser parte del programa, se lo debe formalizar a través de un documento formal donde se especifique el consentimiento firmado.

Criterios de trabajo metodológico

Un programa de apoyo y acompañamiento ambulatorio al sistema familiar, que propicie un proceso de reintegración constructivo. Esto requiere un proceso de preparación y trabajo previo desde el programa de abordaje ambulatorio en calle.

- ✓ Es un trabajo que se debe basarse en Metodología comunitaria, enfocado en el fortalecimiento del sistema familiar, la construcción de una red social de apoyo comunitario que ayuden a la familia en la recuperación de su rol como sistema de protección y seguridad integral para la NNA.
- ✓ La reintegración familiar puede darse no solamente hacia la familia nuclear, sino también hacia la familia ampliada (sistema familiar). El programa tiene que realizar el acompañamiento en el espacio que se dé como más apropiado.
- ✓ Es importante trabajar con el sistema familiar previamente y durante el proceso de reintegración, además realizar un análisis de lo sucedido e identificar las responsabilidades compartidas en los factores de riesgo que llevaron a la expulsión de la NNA, lo cual amerita necesariamente una actitud de cambio para todos los involucrados. Esto también incluye la necesidad de una actitud

de tolerancia hacia el NNA, especialmente en el primer tiempo de readaptación a la vida en la familia tomando en cuenta su situación de salud particular y así la familia debe (evitar juicios de valor negativos y reproches sobre su pasado en la calle).

- ✓ Se debe trabajar previamente con el NNASC sobre lo que significará el retorno a su familia, niveles de tolerancia con sus familiares y el grado de autocontrol y responsabilidad que debe demostrar, para poder llevar con éxito este proceso.
- ✓ Apoyo a todo el sistema familiar, para lograr una verdadera reintegración familiar, y por otro lado evitar el riesgo de la callejización (riesgo de situación de calle) de los hermanos u otros miembros cercanos a la familia (prevención indicada).
- ✓ Generar alternativas de acompañamiento para la familia, enfocado hacia la posibilidad de cumplir el proyecto de vida del NNA y la adherencia de los tratamientos en salud.
- ✓ Las recaídas deben considerarse como parte del proceso, lo que debe explicarse especialmente a la familia, para que no lo considere como fracaso absoluto. Eso implica un contacto y monitoreo constante entre el programa y la persona responsable de la familia, para poder tener información inmediata sobre cualquier dificultad en el proceso.
- ✓ Los ámbitos de apoyo de este programa presentan un panorama amplio, ya que se debe buscar condiciones para el sistema familiar que le permita cumplir la responsabilidad de protección para el NNA. Esto significa apoyo para el acceso a educación, salud, en temas laborales (padres e hijos), alimentación, etc.
- ✓ Es indispensable contar con las posibilidades de tecnificación, profesionalización e integración al mercado laboral en este programa.
- ✓ El programa debe responder tanto para casos que vienen de referencia desde los programas de la fase de adherencia, como para casos que han concluido el proceso de rehabilitación en un espacio residencial.
- ✓ Las recaídas son parte del proceso de rehabilitación y reintegración. Por lo tanto se deben manejar desde este programa, y no generar una ruptura con el mismo. Trabajar de forma ambulatoria procesos de deshabituación del consumo y dinámica desarrollada en calle.
- ✓ El programa debe vincular y coordinar el trabajo con las DNA para realizar el seguimiento respectivo.
- ✓ Realizar el seguimiento posterior al alta del programa y fortalecer según necesidades a la NNA.
- ✓ Coordinación permanente con todos los programas de la red de atención con el fin de fortalecer el proceso individual de las NNA.

Normativa

Ley 548, Art. 37 – Mantenimiento de la Familia. *III. El Estado a través de todos sus niveles, en coordinación con la sociedad civil, formulará políticas públicas y programas integrales e interdisciplinarios destinados a fomentar la cultura de paz y resolución de conflictos dentro de la familia, previniendo el abandono de la niña, niño o adolescente.*

DS N°2377 (27/05/2015), Derecho a la Familia. Art. 17 – *Prevención del Abandono*. *En la formulación y ejecución de políticas públicas y programas de fomento a la cultura de paz y solución de conflictos dentro de la familia para la prevención del abandono de niñas, niños y adolescentes, las entidades de atención priorizarán la preservación y el fortalecimiento de los vínculos familiares.*

Ley 548, Art 46. (Restitución). *El ejercicio de la autoridad podrá ser restituido cuando hayan desaparecido las causales de la suspensión parcial o cuando la madre, el padre, o ambos, demuestren condiciones y aptitud para ejercerla, ante la misma autoridad judicial que la hubiere suspendido.*

Ley 548, Art 183. (Atribuciones de la Instancia Técnica Departamental de Política Social). *Las Instancias Técnicas Departamentales de Política Social, dependerán de las gobernaciones y tendrán las siguientes atribuciones: a. Brindar servicios de orientación y apoyo socio-familiar y educativo;*

Ley 548, Art 188, Inciso u: (Atribuciones de la Defensoría de la niñez y adolescencia). *Derivar a programas de ayuda a la familia, a la niña, niño o adolescente.*

Equipo profesional	**Tiempo**
Un equipo transdisciplinario independiente, que debe contar con psicólogos, educadores y trabajadores sociales. Debe tener conocimiento sobre el trabajo y la temática de NNASC (contexto de vida en calle, abordaje en calle, rehabilitación residencial) y cómo estos factores influyen en la vida de las NNASC. Cada profesional puede realizar el seguimiento a máximo 6 NNA de forma paralela.	Según el proceso y la planificación del acompañamiento se recomienda un seguimiento mínimo de 12 meses continuos, para luego tener un proceso de desvinculación paulatino de otros 6 meses en función de las características y logros obtenidos en el proceso. El seguimiento depende de cada proceso individual y la evaluación del equipo profesional. Semanalmente se plantea un seguimiento mínimo de 2 visitas y mensualmente de 8 visitas, lo cual varía de caso a caso.

Criterios para el Alta del Programa

Haber concluido el proceso del programa ambulatorio de reintegración familiar, lo que implica:

- La consolidación de la reintegración familiar de la NNA.
- Desvinculación total de la NNA con la temática de situación calle.
- La NNA cuenta con un Proyecto de vida afianzado y en proceso de desarrollo.
- Familia fortalecida como parte de una red social de apoyo y acompañamiento de la NNA.
- Haber desarrollado adherencia al tratamiento para el VIH.

El profesional del programa debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Debe realizarse el seguimiento post-programa para la NNA y su familia.
- No romper el contacto de manera abrupta, para evitar una sensación de abandono en la NNA, pero por otro lado hay que tomar en cuenta proceso y tiempos para la desvinculación.
- Coordinar con todos los servicios necesarios.

Alternativas de derivación a partir del presente Programa: CRVIR

En caso de que se identifiquen en las NNASC necesidades referidas a su salud sexual VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá tener coordinación con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo. Además se deberá notificar a la DNA y los programas ambulatorios para buscar el mejor espacio pos estadía calle.

Espacio físico de permanencia – Independencia
Como espacio físico de permanencia independiente se considera a una alternativa de vida, que se basa en la toma de decisión de cambio a partir de un cuarto alquilado o la posibilidad momentánea de vivir en el lugar de trabajo. Al igual que en el retorno a la familia, el paso a la independencia es considerado como cambio de situacionalidad siempre y cuando se trata de un decisión de querer cambiar de vida y cortar con la calle como espacio de socialización y permanencia, ya que no se trata solamente de trasladar el pernocte a un cuarto, sino de aplicar un cambio de vida integral.
PROGRAMA AMBULATORIO DE APOYO A LA INDEPENDENCIA
Actor directo GAD (Secretaría de Desarrollo Humano/SEDEGES) y GAM-DNA (Cabezas de sector); Instituciones privadas acreditadas y articuladas en Red; Seguimiento de la DNA.
Objetivo Lograr una autonomía de vida para las y los adolescentes/ jóvenes con experiencia de vida en calle, en un nuevo espacio de vida mediante un acompañamiento ambulatorio individualizado de soporte y apoyo emocional, social, laboral, educativo, salud y terapéutico, para lograr la integración holística de la persona a la sociedad de manera sostenible.

Perfil del destinatario

Adolescentes varones y mujeres a partir de los 16 años, con características de:

- Tener un proyecto de vida trabajado con aspiraciones claras y reales.
- Demostrar un grado de responsabilidad y habilidades sociales adecuadas para asumir esta forma y alternativa de vida (evaluación del proceso individual desde el abordaje en calle, centro día y albergue nocturno).
- Contar con un ingreso económico de actividad lícita, para poder satisfacer sus necesidades de vida.
- Haber reducido y tener controlado significativamente el consumo de SPA, para llegar a eliminarlo mediante el acompañamiento y apoyo del programa ambulatorio.
- Información clara y confiable respecto a lo que implica el programa y ser consientes sobre las responsabilidades que implica.
- La toma de decisión libre y voluntaria.
- Tomar conciencia de su situación de salud y haber iniciado o estar en tratamiento.

Proceso de admisión

- Responde a procesos de trabajo previo con las NNASC realizado en la fase de adherencia.
- El proceso de vinculación, acercamiento con las NNASC se realiza a solicitud de los programas de adherencia quienes informan la situación integral incluida (salud, VIH, SIDA).
- Se realiza un diagnóstico y evaluación de cada proceso individual de las NNASC, identificando el alta del programa que refiere el proceso del NNASC, a partir de los informes, reuniones y entrevistas con los programas de referencia de la fase de adherencia.
- El programa concreta, de forma conjunta con la NNASC, una planificación de acciones a realizar para el fortalecimiento, acompañamiento y apoyo del proceso de independización y acompañamiento en el apoyo integral de salud en coordinación con las instancias correspondientes (CRVIR).
- Existe la predisposición, decisión voluntaria de la NNASC, en ser parte del programa y lo que implica. Se lo debe formalizar a través de un documento donde se especifique el consentimiento firmado.

Criterios de trabajo metodológico

Para adolescentes cerca de la mayoría de edad, el paso a la independencia es una alternativa válida. A partir de la vivencia en calle y las experiencias negativas en espacios institucionales que muchos adolescentes han ido acumulando, la independencia se vuelve la opción prioritaria para una gran cantidad de ellos. Sin embargo es importante trabajar con mucho detalle tanto el proceso previo y en la fase de transición, como también realizar un acompañamiento integral adecuado a largo plazo.

- ✓ Es un trabajo que se debe basar en la Metodología comunitaria, enfocado en la construcción de una red social de apoyo comunitario que ayuden a la o el adolescente a estabilizarse en su autonomía, contando con las alternativas integrales de socialización y mantenimiento de vida.
- ✓ El programa debe responder tanto para casos que vienen de referencia desde los programas ambulatorios en calle, como para los casos que han concluido el proceso de rehabilitación en un espacio residencial.
- ✓ La referencia debe venir siempre de otro programa previo que haya realizado un proceso individual con la o el Adolescente.
- ✓ El programa debe generar una oferta por sí mismo, como también aprovechar los recursos y servicios disponibles de actores indirectos mediante la coordinación y articulación, con el objetivo de ofrecer el inicio, fortalecimiento y apoyo en temas de salud (VIH, SIDA), estudio, laborales, tiempo libre y circulo de socialización, protección, habilidades para la vida en cuanto a la organización de horarios, mantenimiento del espacio de vida, etc.
- ✓ Según la metodología específica y las posibilidades del programa, se debe considerar apoyo económico temporal en alquiler, estudio, alimentación, salud, documentación y legal (por ejemplo: garantía para alquiler de vivienda).

- ✓ Considerando la complejidad del cambio de espacio de vida desde la calle a un espacio de vida independiente, se debe considerar no solamente un apoyo práctico en cuanto a la organización de la vida en general, sino también un acompañamiento terapéutico, emocional y salud y si se da el caso en temas de inicio o adherencia del tratamiento al VIH,SIDA u otros, según la evaluación y necesidades de la persona.
- ✓ Es indispensable contar con las posibilidades de tecnificación, profesionalización e integración al mercado laboral en este programa.
- ✓ Se debe propiciar el contacto con la familia para fortalecer y apoyar el proceso de la persona.
- ✓ Promover la construcción de una red social de apoyo y sustento para la persona, que le genere mayores puntos de referencia, más allá del programa como tal.
- ✓ La DNA debe monitorear los procesos de acompañamiento, para garantizar la legalidad y continuidad de los mismos.
- ✓ Las recaídas son parte del proceso de rehabilitación y reintegración. Por lo tanto se deben manejar desde este programa y no generar una ruptura con el mismo. Trabajar de forma ambulatoria procesos de deshabituación del consumo y dinámica desarrollada en calle.
- ✓ En casos de repetidas recaídas y a partir de la evaluación en conjunto entre el equipo y la persona, se debe considerar la necesidad de un proceso de rehabilitación en un espacio residencial (Comunidad Terapéutica), para que pueda ser retomado el proceso de independización en un futuro próximo y se considere en el mismo su situación de salud como prioridad.
- ✓ Se necesita una planificación de tiempos y duración del acompañamiento, que prevé la disminución paulatina de los encuentros y del seguimiento incluido el acompañamiento al CRVIR para que la o el adolescente genere una autonomía y autogestión sobre su situación de salud.
- ✓ Realizar el seguimiento posterior al alta del programa según las necesidades de la o el adolecente.
- ✓ Coordinación permanente con todos los programas de la red de atención con el fin de fortalecer el proceso individual de las y los adolescentes.
- ✓ Acompañar a las NNASC que vivan con el VIH, SIDA a desarrollar adherencia al tratamiento, además de coordinar con el servicio del CRVIR para realizar los controles respectivos.

Normativa

Ley 548, Art 183. (Atribuciones de la Instancia Técnica Departamental de Política Social). *Las Instancias Técnicas Departamentales de Política Social, dependerán de las gobernaciones y tendrán las siguientes atribuciones: a. Brindar servicios de orientación y apoyo socio-familiar y educativo; k. Diseñar, implementar y administrar, las guarderías, centros infantiles integrales, centros de orientación y tratamiento a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, centros de orientación y tratamiento a niñas, niños y adolescentes, dependientes de alcohol y drogas, víctimas de trata y tráfico; m. Diseñar e implementar programas de acercamiento con niñas, niños y adolescentes en situación de calle, para la restitución de sus derechos; y n. Otras que favorezcan a la niña, niño y adolescente, en el marco de sus competencias.*

Ley 548, Art.184, Atribuciones de los Gobiernos Autónomos Municipales, inciso h: *Diseñar e implementar programas y servicios municipales de prevención, protección y atención de la niña, niño y adolescente, para el cumplimiento de las medidas de protección social, de acuerdo a lo establecido en el presente código.*

Ley 548, Art 188, Inc. T (Atribuciones de la Defensoría de la niñez y adolescencia). *Brindar orientación, apoyo y acompañamiento temporales a la niña, niño o adolescente.*

Equipo profesional	**Tiempo**
Un equipo transdisciplinario independiente, que debe contar con psicólogos, educadores y trabajadores sociales. Debe tener conocimiento sobre el trabajo y la temática de NNASC (contexto de vida en calle, abordaje en calle, rehabilitación residencial) y cómo estos factores influyen en la vida de las Adolescentes en SC. Cada profesional puede realizar el seguimiento como máximo a 6 adolescentes de forma paralela.	Según el proceso y la planificación del acompañamiento se recomienda un seguimiento de 18 meses continuo, para luego tener un proceso de desvinculación paulatino de otros 18 meses, en función de las características y logros obtenidos en el proceso.

Criterios para el Alta del Programa

Haber concluido el proceso del programa ambulatorio de apoyo a la independencia implica:

- Desvinculación total de la o el adolescente del contexto de vida en la calle.
- La o el Adolescente cuenta con un proyecto de vida afianzado y en proceso desarrollo.
- Proceso de independización estable.
- Haber construido una red social de apoyo y acompañamiento a la o el Adolescente.
- Haber desarrollado adherencia al tratamiento del VIH y haber generado autonomía en cuanto a su cuidado personal en esta temática.

El profesional del programa debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Debe realizarse una planificación del seguimiento post-programa de la o el adolescente.
- Se debe realizar una coordinación y monitoreo permanente con los servicios de salud (CRVIR) en el caso que la NNASC viva con el VIH, SIDA.
- No romper el contacto de manera abrupta, para evitar una sensación de abandono, pero tomar en cuenta proceso y tiempos para la desvinculación.

Alternativas de derivación a partir del presente Programa: CRVIR

En caso de que se identifiquen en las NNASC necesidades referidas a su salud sexual VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá coordinar con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo. Además se deberá notificar a la DNA y los programas ambulatorios para buscar el mejor espacio pos estadía calle.

Espacio físico de permanencia – Comunidad Terapéutica

Es un espacio institucional que responde a un modelo de trabajo específico, con el ingreso voluntario, para consolidar una fase de distanciamiento del contexto de vida en calle.

PROGRAMA BAJO MODELO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Actor directo

GAD (Secretaría de Desarrollo Humano/SEDEGES) - Cabeza de sector; Instituciones privadas acreditadas y articuladas en Red; Seguimiento de la DNA.

Objetivo

Lograr la rehabilitación y recuperación de NNA con experiencia de vida en calle, por medio de la implementación de recursos psicoterapéuticos orientados a generar procesos de crecimiento y autonomía personal.

Perfil del destinatario

- NNA con experiencia de vida en calle, que presentan características problemáticas, tanto en el consumo de SPA, de salud VIH y problemas mentales, como en las estrategias de sobrevivencia.
- Adolescentes en situación de calle que requieren un proceso de rehabilitación en una Comunidad Terapéutica.
- NNA con información clara y confiable respecto a lo que implica el programa y ser consientes sobre las responsabilidades que implica.
- La toma de decisión libre y voluntaria.

Proceso de admisión

- El proceso de vinculación, acercamiento con las NNA se realiza a solicitud de los programas de referencia, incluido la DNA en coordinación con el CRVIR si la o el adolescente vive con el VIH.
- Responde a procesos de trabajo previos con las NNA realizado en la fase de adherencia o en el de rehabilitación o reintegración.
- Se realiza un diagnóstico y evaluación del proceso individual de las NNA, identificando la pertinencia de la referencia al programa, a partir de los informes, reuniones y entrevistas con las NNA y con los responsables de los programas de referencia.
- Cuando una NNA llega al Programa se hace la acogida, dando la bienvenida e información clara y transparente sobre los procedimientos internos a seguir. Se debe determinar si se trata de una situación de crisis, la cual requiere alguna atención especializada e inmediata (salud emocional y física). El aspecto más importante en el momento de la acogida es transmitir a la NNA la confianza necesaria para que se sienta protegida y segura. Es necesario puntualizar que el deterioro de la salud (VIH, SIDA) u otro factor, no serán razones suficientes para negar la admisión al programa, ya que por la dinámica de la situación de calle no existen tipologías única o específica, sino que las problemáticas desarrolladas son múltiples y complejas que deben ser tratadas de forma integral.
- Realizar el acompañamiento continuo en todo el proceso y tratamiento interno para la atención integral de la NNA.
- Atención con profesionalidad, calidad y calidez. El proceso de atención en el programa debe ser velando el interés superior de la NNA a través de una intervención profesional, con calidad, calidez y profesionalidad.
- Existe la predisposición y decisión voluntaria de la NNA en ser parte del programa, que se debe formalizar a través de un documento donde se exprese el consentimiento firmado.

Criterios de trabajo metodológico

Se trata de un programa residencial bajo la metodología internacional de Comunidad Terapéutica, donde existen una variedad de modalidades aplicables. Se debe contar con opciones diferenciadas por sexo y grupo etario, como también por la intensidad de los factores de callejización evaluados en la persona.

- ✓ Es un recurso residencial con una duración determinada, de manera individual para cada persona, según la evaluación del grado de cronificación en la dinámica al haber estado en situación de calle.
- ✓ Se debe tener opciones diferenciadas por sexo, grupo etario y tipologías de problemáticas específicas.
- ✓ El ingreso es voluntario o por derivación por la instancia de DNA y también bajo solicitud de la persona afectada.
- ✓ Es indispensable contar con las posibilidades de tecnificación, profesionalización e integración al mercado laboral durante el programa.
- ✓ Se trata de buscar una forma de vida en comunidad, lo más próximo a la realidad de las personas, lo que incluye el cumplimiento de tareas como la limpieza, lavado de ropa, cocinar, hasta actividades recreativas y espacios de encuentros terapéuticos.
- ✓ Mediante el acompañamiento profesional del equipo se aprende diferentes técnicas y estrategias para poder controlar los deseos de consumir sustancias psicoactivas, a partir de la reorientación de las habilidades sociales, terapias psicoterapéuticas y otros. De la misma forma apoyar en todo el proceso de adherencia a adolescentes que vivan con el VIH.
- ✓ Las recaídas son partes del proceso y deben considerarse como tal, y no como el fracaso del proceso de rehabilitación.
- ✓ Información y coordinación permanente con los demás programas de las diferentes fases.
- ✓ Propiciar el contacto y apoyo de la familia en el proceso terapéutico.
- ✓ Vincular a la DNA y CRIVIR (en el caso de adolescentes con VIH) en el seguimiento y monitoreo de la situación de la NNA.

Normativa:
Ley 548, Art 183. (Atribuciones de la Instancia Técnica Departamental de Política Social). *Las Instancias Técnicas Departamentales de Política Social, dependerán de las gobernaciones y tendrán las siguientes atribuciones: k. Diseñar, implementar y administrar, las guarderías, centros infantiles integrales, centros de orientación y tratamiento a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, centros de orientación y tratamiento a niñas, niños y adolescentes, dependientes de alcohol y drogas, víctimas de trata y tráfico;*
Ley 264, Art. 66. (PROGRAMAS DE REEDUCACIÓN, REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL). *I. El nivel nacional y las entidades territoriales autónomas crearán y dirigirán programas de reeducación, rehabilitación y reinserción social dirigidos a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo social. II. El nivel nacional y las entidades territoriales autónomas, crearán y dirigirán programas de reeducación y rehabilitación social dirigidos a personas drogodependientes y alcohólicas.*
Ley 548, Art 188, Inc. G (Atribuciones de la Defensoría de la niñez y adolescencia).
Llevar un registro del tiempo de permanencia de la niña, niño o adolescente en centros de acogimiento.
Decreto Supremo N°2377, Reglamento a la Ley N°548, Art. 57: *Evaluación de la Medida de protección en centros de acogimiento, Garantizando el carácter de protección a la niña, niño y adolescente en un centro de acogimiento, la Defensoría de la Niñez y Adolescencia coordinará periódicamente con la Instancia Técnica Departamental de la Política Social y los Juzgados Públicos en materia de niñez y adolescencia la valoración bio-psico-socio legal en cada caso, con la finalidad de recomendar a la autoridad judicial el mejor mecanismo de restitución del derecho a la familia. Esta información será requerida por la autoridad judicial cada tres (3) meses.*

Equipo profesional	**Tiempo**
Se requiere de un equipo de trabajo conformado por las áreas de trabajo social, psicología clínica, psicoterapeutas/operadores terapéuticos, psiquiatra, medicina general, pedagogos, entre otros de acuerdo al tipo de enfoque del programa.	Se debe prever un tiempo de tratamiento residencial de 12 hasta 18 meses para lograr las condiciones adecuadas y contar un alta terapéutica. Sin embargo existen variaciones según la evaluación individual de cada persona.

Criterios para el Alta del Programa
Concluir el proceso del programa bajo modelo de comunidad terapéutica implica:

- En el momento en el que se hayan alcanzado total o parcialmente los objetivos establecidos se realizara el Alta Terapéutica.
- La NNA cuenta con un proyecto de vida estable y en proceso desarrollo.
- La Adolescente se encuentra en una situación estable en su sistema de salud (en el caso de vivir con el VIH, haber generado una adherencia al tratamiento).
- Haber construido una red social de apoyo y acompañamiento de la NNA.

El profesional del programa debe tomar en cuenta lo siguiente:

- El programa debe evaluar integralmente al NNA para determinar el alta terapéutica.
- Informar de manera clara y sincera sobre las alternativas respecto a los programas de la fase de reintegración, en los cuales puede, según su proceso, continuar.
- Debe realizarse seguimientos post-programa de la NNA.
- En el acercamiento al programa de derivación de la siguiente fase, se debe respetar los criterios y perfil necesarios.
- Informar sobre el alta a la DNA y el CRVIR (en el caso de vivir con el VIH) y desarrollar una estrategia para que no abandone el tratamiento.
- No romper el contacto de manera abrupta para evitar una sensación de abandono, pero tomar en cuenta proceso y tiempos para la desvinculación.

Alternativas de derivación a partir del presente Programa:		
Programa Ambulatorio de Reintegración Familiar • NNA con un vínculo familiar reestructurado y estable para la reintegración familiar. • NNA toma una decisión libre y voluntaria. • Responder al perfil y proceso del programa. • La Familia es consciente del diagnóstico VIH de la NNASC y está dispuesto al apoyo. • La familia constituye una alternativa real (evaluación conjunta). Se realizó un proceso de acercamiento previo con la familia y existe predisposición de la misma a la reintegración. • La NNASC demuestra seguridad y confianza en su familia y el proceso de seguimiento	**Programa Ambulatorio para la Independencia** • Adolescentes que hayan desarrollado y consolidado procesos de independencia, sea o no con el apoyo de su familia. • Capacidad de autonomía para satisfacer sus necesidades de independización. • La/el adolescente en situación de calle tiene una fuente de ingreso económica. • El proyecto de vida es sólido y existe la honesta predisposi-ción de romper con el contexto de la calle. • Se encuentra consciente sobre su situación de salud (VIH) y se encuentra ya en su tratamiento ARV.	**Programa de Finalización y Mantenimiento** • Adolescentes para los que su familia no sea una alternativa real de apoyo y acogida. • Adolescentes que no hayan culminado su proceso de independización y que aún necesitan apoyo. • También para aquellos adolescentes que aún no han generado adherencia al tratamiento de ARV's y su familia e independencia representa factores de riesgo para no responder a esta problemática.
Vinculación y Coordinación con el CRVIR En caso de que se identifiquen en las NNA necesidades o emergencias referidas a su salud sexual y/o reproductiva, VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá coordinar con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo. Además se deberá notificar a la DNA y los programas ambulatorios para buscar el mejor espacio pos estadía calle.		

Espacio físico de permanencia – Hogar Socio-Educativo
Es un espacio institucional, con ingreso voluntario y acompañamiento profesional adecuado para consolidar el proceso de ruptura con la calle.
PROGRAMA SOCIO-EDUCATIVO MODELO FAMILIAR
Actor directo GAD (Secretaría de Desarrollo Humano/SEDEGES) - Cabeza de sector; Instituciones privadas acreditadas y articuladas en Red; Seguimiento de la DNA.
Objetivo Garantizar un espacio de protección bajo el modelo familia para las NNA con experiencia de vida en calle con características no crónicas, que les permita estabilizarse y trabajar la etapa de reintegración a mediano plazo, utilizando herramientas socio-educativas.

Perfil del destinatario

- Niños, niñas en situación de calle, menores de 12 años, con posibilidades o no de reintegración familiar a mediano plazo.
- Adolescentes en situación de calle que no requieren un proceso de rehabilitación en una Comunidad Terapéutica y no cuentan con la alternativa de reintegrase a su familia; con posibilidades de iniciar un proceso de independización a mediano o largo plazo (considerar especialmente madres adolescentes, adolescentes gestantes, adolescentes con necesidades de salud especiales (VIH)).
- NNA que cuentan con información clara y confiable respecto a lo que implica el programa y ser consientes sobre las responsabilidades que implica.
- La toma de decisión debe ser libre y voluntaria.

Proceso de admisión

- Responde a procesos de trabajo previo realizado en la fase de adherencia o en el de rehabilitación o reintegración.
- Se realiza un diagnóstico y evaluación de cada proceso individual de las NNA, identificando la pertinencia de la referencia al programa. Tomando en cuenta los informes, reuniones y entrevistas con las NNA, y con los responsables de los programas de referencia.
- NNA donde no es posible, coyunturalmente, proceder a la reintegración familiar.
- NNA que vivan con el VIH y no tengan posibilidad de una reintegración familiar.
- Se realiza la acogida, dando la bienvenida a la NNA y brindando información clara y transparente sobre los procedimientos internos a seguir. Se debe determinar si se trata de una situación de crisis, la cual requiere alguna atención especializada inmediata (salud emocional y física). El aspecto más importante en el momento de la acogida es transmitir a la NNA la confianza necesaria, para que se sienta protegido y seguro. Es necesario puntualizar que deterioro de la salud u otro factor no serán razones suficientes para negar la admisión al programa. Es importante considerar que en la dinámica de situación de calle no existen tipologías únicas o específicas, sino que las problemáticas desarrolladas son múltiples y complejas que deben ser tratadas de forma integral.
- Realizar el acompañamiento continuo en todo el proceso y tratamiento interno para la atención integral de la NNA.
- Atención con profesionalidad, calidad y calidez. El proceso de atención en el programa debe ser velando el interés superior de la NNA a través de una intervención profesional, con calidad y calidez.
- Existe la predisposición y decisión voluntaria de la NNA en ser parte del programa que se debe formalizar a través de un documento donde se establezca su consentimiento firmado.

Criterios de trabajo metodológico

Se trata de un espacio residencial que brinda a las NNA con experiencia de vida en calle que no requieren un proceso de rehabilitación especializado, es un espacio de acogimiento, con un modelo familiar. La orientación debe estar enfocada a trabajar la restitución del vínculo con la familia tanto directa como ampliada, por más que la reintegración familiar no sea una opción real a corto plazo.

- ✓ Se constituyen en un espacio seguro de acogida residencial con un enfoque socio-educativo.
- ✓ Es sumamente importante promover el contacto con un referente familiar y generar el acercamiento. Si bien la orientación debe guiar hacia una reintegración familiar, esta situación no siempre será posible, sin embargo, aun en estos casos, es muy importante fortalecer el contacto con la familia de manera ambulatoria, sobre todo para evitar vacíos de identidad y pertenencia en las NNA, lo que puede generarse a partir de la sensación de haber sido abandonado completamente por toda su familia.
- ✓ Elemento central será la parte educativa, en cuanto a estudios escolares y/o tecnificación.
- ✓ Tener en cuenta y apoyar al sistema de salud que por su dinámica fue deteriorado, también en casos de VIH.
- ✓ Otro objetivo importante será la reeducación en cuanto a habilidades sociales y de convivencia, fortalecimiento de la personalidad y el trabajo sobre las experiencias en la calle, tanto las traumáticas, como también los factores atrayentes.
- ✓ Las recaídas son partes del proceso y deben considerarse como tal, y no como el fracaso del proceso

de rehabilitación.

- ✓ Compartir Información y realizar la coordinación permanente con los demás programas de las diferentes fases.
- ✓ Vincular a la DNA en el seguimiento y monitoreo de la situación de la NNA y también al CRVIR en el caso que vivan con el VIH.

Normativa:

Ley 548, Art 183. (Atribuciones de la Instancia Técnica Departamental de Política Social). *Las Instancias Técnicas Departamentales de Política Social, dependerán de las gobernaciones y tendrán las siguientes atribuciones: c. Desarrollar programas de acogimiento temporal; k. Diseñar, implementar y administrar, las guarderías, centros infantiles integrales, centros de orientación y tratamiento a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, centros de orientación y tratamiento a niñas, niños y adolescentes, dependientes de alcohol y drogas, víctimas de trata y tráfico;*

Ley 264, Art. 66. (PROGRAMAS DE REEDUCACIÓN, REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL). *I. El nivel nacional y las entidades territoriales autónomas crearán y dirigirán programas de reeducación, rehabilitación y reinserción social dirigidos a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo social. II. El nivel nacional y las entidades territoriales autónomas, crearán y dirigirán programas de reeducación y rehabilitación social dirigidos a personas drogodependientes y alcohólicas.*

Ley 548, Art 188, Inc. G (Atribuciones de la Defensoría de la niñez y adolescencia).

Llevar un registro del tiempo de permanencia de la niña, niño o adolescente en centros de acogimiento.

Decreto Supremo N°2377, Reglamento a la Ley N°548, Art. 57: *Evaluación de la Medida de protección en centros de acogimiento, Garantizando el carácter de protección a la niña, niño y adolescente en un centro de acogimiento, la Defensoría de la Niñez y Adolescencia coordinará periódicamente con la Instancia Técnica Departamental de la Política Social y los Juzgados Públicos en materia de niñez y adolescencia la valoración bio-psico-socio legal en cada caso, con la finalidad de recomendar a la autoridad judicial el mejor mecanismo de restitución del derecho a la familia. Esta información será requerida por la autoridad judicial cada tres (3) meses.*

Equipo profesional	**Tiempo**
Se requiere de un equipo de trabajo conformado por las áreas de trabajo social, psicología clínica, psicoterapeutas/operadores terapéuticos, psiquiatra, medicina general, pedagogos.	Por tratarse de un espacio de acogida, específicamente para NNA que no tienen la opción inmediata de ser reintegrados a su familia, no se puede prever un tiempo determinado, ya que la duración del proceso depende de la situación individual. Sin embargo es necesario realizar el seguimiento externo al proceso desde la instancia de protección encargada (DNA), para garantizar que se esté realizando los trabajos de acercamiento a la familia y la comunidad, apuntando hacia una reintegración.

Criterios para el Alta del Programa

Concluir el proceso del programa implica:

- El alta se producirá en el momento en el que se hayan alcanzado total o parcialmente los objetivos establecidos.
- La NNA ha desarrollado un manejo adecuado en cuanto a habilidades sociales y la convivencia, además del fortalecimiento de su personalidad que le permita la reintegración.
- La NNA cuenta con un proyecto de vida estable y en proceso de desarrollo.
- Se cuenta con una red social de apoyo y acompañamiento a la NNA.
- La NNA se encuentra en una situación estable en su sistema de salud (VIH).

El profesional del programa debe tomar en cuenta lo siguiente:

- El programa debe evaluar integralmente a la NNA para determinar el alta del programa.
- Debe realizarse seguimientos post-programa.
- De acuerdo al proceso individual y las motivaciones de la NNA, se debe ofrecer alternativas y programas de la fase III a los cuales se puede referir.
- No romper el contacto de manera abrupta, para evitar una sensación de abandono, pero tomar en cuenta proceso y tiempos para la desvinculación.

Alternativas de derivación a partir del presente Programa:

Programa Ambulatorio de Reintegración Familiar	Programa Ambulatorio para la Independencia	Programa de Finalización y Mantenimiento
• NNA con un vínculo familiar reestructurado y estable para la reintegración familiar. • NNA toma una decisión libre y voluntaria. • Responder al perfil y proceso del programa. • La Familia es consciente del diagnóstico VIH de la NNASC y está dispuesto al apoyo. • La familia constituye una alternativa real (evaluación conjunta). Se realizó un proceso de acercamiento previo con la familia y existe predisposición de la misma a la reintegración. • La NNASC demuestra seguridad y confianza en su familia y el proceso de seguimiento	• Adolescentes que hayan desarrollado y consolidado procesos de independencia, sea o no con el apoyo de su familia. • Capacidad de autonomía para satisfacer sus necesidades de independización. • La/el adolescente en situación de calle tiene una fuente de ingreso económica. • El proyecto de vida es sólido y existe la honesta predisposición de romper con el contexto de la calle. • Se encuentra consciente sobre su situación de salud (VIH) y se encuentra ya en su tratamiento ARV.	• Adolescentes para los que su familia no sea una alternativa real de apoyo y acogida. • Adolescentes que no hayan culminado su proceso de independización y que aún necesitan apoyo. • También para aquellos adolescentes que aún no han generado adherencia al tratamiento de ARV's y su familia e independencia representa factores de riesgo para no responder a esta problemática.

Vinculación y Coordinación con el CRVIR

En caso de que se identifiquen en las NNA necesidades o emergencias referidas a su salud sexual y/o reproductiva, VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá realizar la coordinación con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo. Además se deberá notificar a la DNA y los programas ambulatorios para buscar el mejor espacio pos estadía calle.

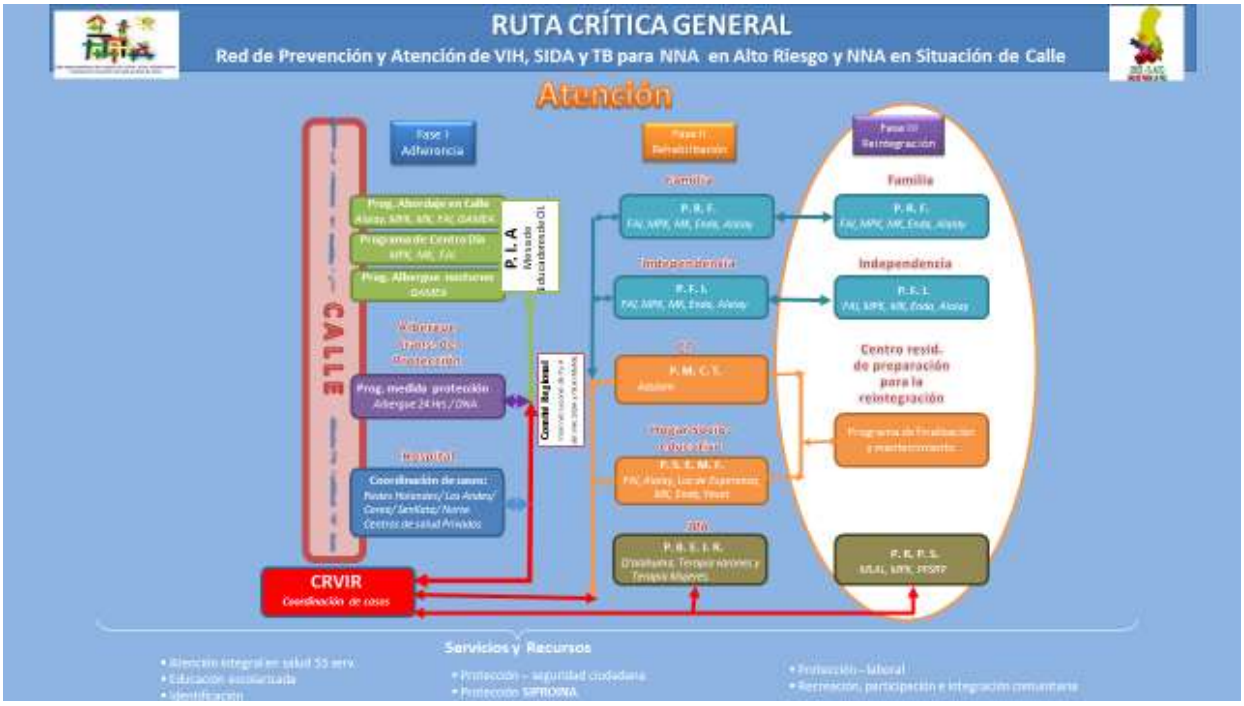
Espacio físico de permanencia – Centro de Reintegración social para Adolescentes con responsabilidad Penal
Son centros de privación de libertad para adolescentes que hayan cometido un delito y tengan una sentencia a cumplir. No se pretende generar este tipo de centros específicos para población en situación de calle, sino más bien garantizar que en los centros existentes se tomen en cuenta las características y necesidades particulares de la población en situación de calle.
PROGRAMA JUSTICIA RESTAURATIVA
Actor directo: Gobierno Autónomo Departamental; SEDEGES; Seguridad Ciudadana
Objetivo Realizar un proceso de rehabilitación y deshabituación durante la aplicación de la sentencia de los adolescentes en el centro de Justicia Penal Atenuada, que pueda canalizar la reintegración sostenible del adolescente.
Criterios Para los adolescentes que hayan llegado a tener un conflicto con la ley, es importante aprovechar el tiempo de sentencia para trabajar, mediante un proceso terapéutico de rehabilitación, todas las condiciones necesarias para evitar el retorno del adolescente al espacio de la calle, una vez cumplido la sentencia. En este sentido, es necesario priorizar en todo el sistema de la justicia penal para adolescentes la prevención de recaídas y reincidencia ante la simple reclusión y el castigo. • Los programas ambulatorios de abordaje en calle se convierten en un recurso informativo para el programa de Justica Penal Juvenil, lo que éste debe aprovechar, ya que significa una base importante para el inicio tanto del trabajo terapéutico, como del acercamiento a la familia. • Ofrecer un proceso de rehabilitación, deshabituación y reeducación que tome en cuenta los factores particulares de la vivencia en calle. • Ofrecer una atención integral en cuanto a las necesidades de salud, en especial a aquellos que estén en la cadena de riesgo del VIH, realizar las pruebas y tratamientos respectivos referentes al VIH, SIDA, TB en coordinación con el CRVIR y la DNA. • Realizar un acercamiento y contacto con la familia durante todo el proceso de la duración de la sentencia y estadía en el centro. Esto será necesario para lograr mayor apoyo para el adolescente en el momento de cierre y reintegración. • Es indispensable contar con las posibilidades de tecnificación, profesionalización e integración al mercado laboral en este programa. • Ofrecer un acompañamiento integral desde el sistema penitenciario, para la fase de la reintegración familiar o independización, una vez concluida la sentencia. **Normativa** **Ley 548, ARTÍCULO 262. (DERECHOS Y GARANTÍAS).** *I. La o el adolescente en el Sistema Penal, desde el inicio del proceso, así como durante la ejecución de la medida socio-educativa, tienen los siguientes derechos y garantías:* ***a. Especialidad****. La impartición de justicia se tramitará a través de un sistema penal diferenciado, mediante proceso y asistencia integral de personal especializado, en observancia de su condición como personas en proceso de desarrollo físico, mental, emocional, espiritual, moral y social;* ***i. A la Asistencia Integral****. A recibir asistencia bio-psico-socio-jurídica gratuita;*

Ley 548, ARTÍCULO 278. (INSTANCIA TÉCNICA DEPARTAMENTAL DE POLÍTICA SOCIAL EN EL SISTEMA PENAL). *La Instancia Técnica Departamental de Política Social es responsable de la ejecución de actividades técnicas y operativas de los programas, entidades y servicios del Sistema Penal para adolescentes en su jurisdicción. Son sus atribuciones: a. Ejecutar programas y servicios personalizados, integrados y especializados dirigidos a adolescentes en el Sistema Penal, para el cumplimiento de medidas socioeducativas, no privativas, restrictivas y privativas de libertad y orientadas a la reintegración social y familiar; bajo supervisión de los juzgados públicos en materia de niñez y adolescencia; b. Ejecutar servicios y programas para el seguimiento de los mecanismos de justicia restaurativa previstos en este Código; c. Vigilar el cumplimiento de los derechos y garantías de los adolescentes menores de catorce (14) años que fueren aprehendidos o arrestados; y d. Elaborar con la plena participación de la o el adolecente, su plan individual de ejecución de la medida que le fuere impuesta.* **Ley 548, ARTÍCULO 282. (FINALIDAD Y PRIORIDAD).** *I. Los programas del Sistema Penal, tienen la finalidad de lograr el desarrollo pleno e integral de las y los adolescentes, así como su adecuada reinserción familiar y social.*	
Perfil del destinatario Adolescentes con experiencia de vida en calle, con responsabilidad penal.	**Tiempo** Según tiempo de sentencia de las y los adolescentes.
Equipo profesional "*En los centros habrá un equipo interdisciplinario especializado para la atención y asistencia integral a la persona adolescente en el Sistema Penal, que se encargará de la elaboración de informes trimestrales sobre los resultados de los procesos de intervención, el desarrollo de su plan individual e informes y recomendaciones periódicas sobre el cumplimiento de objetivos.*" (Ley 548, Art. 335 – Equipo interdisciplinario).	
Alternativas de <u>derivación</u> a partir del presente Programa: La derivación debe realizarse dentro de la estructura de la Justicia Penal para Adolescentes, hacia un programa de reintegración y acompañamiento post-sentencia, el cual no se considera específico para la situacionalidad de calle.	
Vinculación y Coordinación con el CRVIR En caso de que se identifiquen en las NNA necesidades o emergencias referidas a su salud sexual y/o reproductiva, VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá tener coordinación con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo. Además se deberá notificar a la DNA y los programas ambulatorios.	

PROGRAMAS DE LA FASE III – REINTEGRACIÓN

La Fase III plantea todos los recursos programáticos para lograr una reintegración integral, sostenible y a largo plazo para las NNA que cuentan con un alta terapéutica de cualquiera de las opciones programáticas de la Fase II. Para eso se requiere tanto opciones ambulatorias, como también una etapa residencial, los cuales permitirán un acompañamiento oportuno y adecuado, según las necesidades y el avance individual del proceso de cada adolescente.

Gráfico 10: Estructura de la Red Atención (Fase III de Reintegración social) del VIH, SIDA para NNASC.



Fuente: Elaboración propia

Espacio físico de permanencia – Familia
Uno de los criterios generales para el trabajo de los programas de la Fase III, es el acercamiento a la familia, con el fin de reestablecer los vínculos. Una vez concluido con éxito el proceso de rehabilitación, se procura la reintegración al grupo familiar nuclear o ampliado.
PROGRAMA AMBULATORIO DE REINTEGRACIÓN FAMILIAR
Actor directo GAD (Secretaría de Desarrollo Humano/SEDEGES) y GAM (Cabezas de sector); Instituciones privadas acreditadas y articuladas en Red; Seguimiento de la DNA.
Objetivo Propiciar un proceso de reintegración familiar sostenible mediante un acompañamiento integral a todo el sistema familiar, para que la familia nuevamente pueda ser el referente de protección y desarrollo principal para la NNA.

Perfil del destinatario

A diferencia de la fase II, en la fase III el programa ambulatorio de reintegración familiar responde al proceso individual desarrollado en las fases de rehabilitación y reintegración, con las siguientes características :

- Alta terapéutica de NNA de los programas de la fase II de rehabilitación y la de reintegración.
- Voluntad y decisión para regresar con su familia.
- NNA con un vínculo familiar estable y que sea una alternativa de apoyo y acogida.
- Tener un proyecto de vida trabajado, con aspiraciones claras y reales sobre su actividad y rol dentro de la familia, basado en el apoyo de la misma.
- Demostrar un grado de responsabilidad y habilidades sociales adecuadas para poder recuperar la confianza de su familia y lograr la reintegración (evaluación del proceso individual desde el abordaje en calle, centro día y albergue nocturno).
- Haber controlado y eliminado el consumo de SPA.
- Haber desarrollado adherencia al tratamiento del VIH y que se encuentre estable en todo su sistema de salud a partir de la responsabilidad individual.

La Familia, con las siguientes características:

- La familia debe tener la voluntad de recibirlos de manera abierta y constructiva.
- Que los factores que incidieron en la expulsión del NNA sean superados.
- Que la familia se constituya en una alternativa real de apoyo y protección para la NNA.
- Predisposición y compromiso de cumplir el proceso del programa ambulatorio de reintegración a la familia.
- La familia es consciente de la situación de salud del NNA, además estar predispuesto de acompañar y apoyar todo el proceso de adherencia al VIH.

Proceso de admisión

- La admisión responde a procesos previos de trabajo con las NNA y sus familias realizado en la fase anterior de rehabilitación y de reintegración.
- Se realiza un diagnóstico y evaluación de cada uno de los procesos individuales de las NNA, que tiene que ver con el alta de los programas de rehabilitación y reintegración, a partir de los informes, reuniones y entrevistas con los programas y los sistemas familiares.
- El programa concerta, de forma conjunta con las NNA y la familia, una planificación de acciones a realizar para el fortalecimiento, acompañamiento y apoyo del proceso de reinserción.
- Existe la predisposición, decisión voluntaria de la NNA y la familia en ser parte del programa, se lo debe formalizar a través de un documento donde se especifique el consentimiento firmado.

Criterios de trabajo metodológico

Un programa de apoyo y acompañamiento ambulatorio al sistema familiar, que propicie un proceso de reintegración constructivo. Esto requiere un proceso de preparación y trabajo previo desde los programas anteriores de la fase de rehabilitación y de reintegración.

- ✓ Es un trabajo que debe basarse en la Metodología comunitaria, enfocado en el fortalecimiento del sistema familiar, la construcción de una red social y de apoyo comunitario que ayuden a la familia en la recuperación de su rol como sistema de protección y seguridad integral para la NNA.
- ✓ La reintegración familiar puede darse hacia la familia nuclear o hacia la familia ampliada. El programa tiene que realizar el acompañamiento en el espacio que sea adecuado y requerido.
- ✓ El proceso de reintegración y acercamiento **debe venir preparado desde la Fase II y III**. Los procesos individuales de este programa de la fase III responden a procesos ya trabajados en programas de centros residenciales.
- ✓ Generar alternativas de acompañamiento para la familia, enfocadas hacia la posibilidad de cumplir el **proyecto de vida de la NNA**. Eso implica la posibilidad de educación **escolar y** la **formación técnica**, entre otros.
- ✓ Apoyo a todo el sistema familiar (padres, hermanos, etc), para lograr una verdadera reintegración familiar, por otro lado prevenir el riesgo de callejización de hermanos (prevención indicada).
- ✓ Es importante reflexionar con el sistema familiar de forma permanente sobre lo sucedido y las responsabilidades compartidos en los factores de riesgo que llevaron a la expulsión de la NNA, lo cual amerita necesariamente un esfuerzo de cambio para todos los involucrados. Esto también

incluye la necesidad de una actitud de tolerancia hacia la NNA, especialmente en el primer tiempo de readaptación a la vida en la familia (evitar juicios de valor negativos y reproches sobre su pasado en la calle).

- ✓ Es indispensable contar con las posibilidades de tecnificación, profesionalización e integración al mercado laboral..
- ✓ Aun en esta Fase pueden existir recaídas que deben considerarse como parte del proceso, lo que debe explicarse especialmente a la familia para que no lo considere como fracaso absoluto. Eso implica un contacto y monitoreo constante entre el programa y la persona responsable de la familia, para poder tener información inmediata sobre cualquier dificultad en el proceso.
- ✓ Los ámbitos de apoyo de este programa presentan un panorama amplio, ya que se debe buscar condiciones para el sistema familiar que le permita cumplir la responsabilidad de protección para la NNA. Esto significa apoyo para el acceso a educación, salud, en temas laborales (padres e hijos), alimentación, formación, tecnificación, etc.
- ✓ Es importante enfatizar que por los antecedentes de vida de la NNA es importante propiciar que la familia apoye y acompañe todo el proceso de tratamiento de VIH si el caso sea éste.
- ✓ Información y coordinación permanente con los demás programas de las diferentes fases. Vincular a la DNA en el seguimiento y monitoreo de la situación de la NNA.

Normativa

Ley 548, Art. 37 – Mantenimiento de la Familia. *III. El Estado a través de todos sus niveles, en coordinación con la sociedad civil, formulará políticas públicas y programas integrales e interdisciplinarios destinados a fomentar la cultura de paz y resolución de conflictos dentro de la familia, previniendo el abandono de la niña, niño o adolescente.*

DS N°2377 (27/05/2015), Derecho a la Familia. Art. 17 – *Prevención del Abandono*. *En la formulación y ejecución de políticas públicas y programas de fomento a la cultura de paz y solución de conflictos dentro de la familia para la prevención del abandono de niñas, niños y adolescentes, las entidades de atención priorizarán la preservación y el fortalecimiento de los vínculos familiares.*

Ley 548, Art 46. (Restitución). *El ejercicio de la autoridad podrá ser restituido cuando hayan desaparecido las causales de la suspensión parcial o cuando la madre, el padre, o ambos, demuestren condiciones y aptitud para ejercerla, ante la misma autoridad judicial que la hubiere suspendido.*

Ley 548, Art 183. (Atribuciones de la Instancia Técnica Departamental de Política Social). *Las Instancias Técnicas Departamentales de Política Social, dependerán de las gobernaciones y tendrán las siguientes atribuciones: a. Brindar servicios de orientación y apoyo socio-familiar y educativo;*

Ley 548, Art 188, Inc.U (Atribuciones de la Defensoría de la niñez y adolescencia). *Derivar a programas de ayuda a la familia, a la niña, niño o adolescente.*

Equipo profesional	**Tiempo**
Un equipo transdisciplinario que cuente con psicólogos, educadores y trabajadores sociales. Debe tener conocimiento sobre el trabajo y la temática de NNASC (contexto de vida en calle, abordaje en calle, salud y rehabilitación residencial) y cómo estos factores influyen en la vida de las NNASC. Cada profesional puede realizar el seguimiento paralelo de 6 NNA como máximo.	Según el proceso y la planificación del acompañamiento se recomienda un seguimiento continuo de 12 meses, para luego tener un proceso de desvinculación paulatino de otros 6 meses, en función de las características y logros obtenidos en el proceso.

Criterios para el Alta del Programa

Concluir el proceso del programa ambulatorio de reintegración familiar implica:

- La consolidación de la reintegración familiar de la NNA.
- Desvinculación total de la NNA con la temática de situación calle.
- Lo anterior tiene que ver también con que la NNA y la familia propicie que el sistema de salud de la NNA se encuentre estable (tratamiento consolidado para el VIH).
- Tener un proyecto de vida trabajado con aspiraciones claras y reales sobre su actividad y rol dentro de la familia, basado en el apoyo de la misma.
- Familia fortalecida como parte de una red social de apoyo y acompañamiento de la NNA.

El profesional del programa debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Debe realizar el seguimiento post-programa para la NNA y su familia.
- No romper el contacto de manera abrupta, para evitar una sensación de abandono en la NNA, tomando en cuenta procesos y tiempos para la desvinculación.
- La coordinación con la DNA y el (CRVIR si fuera el caso).

Alternativas de derivación a partir del presente Programa: CRVIR

Se considera este programa como instancia de acompañamiento hasta lograr la reintegración definitiva. Por lo tanto no hay derivaciones en continuidad a este programa.

Sin embargo, en caso de que se identifiquen en las NNASC necesidades referidas a su salud sexual VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá tener coordinación con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo. Además se deberá notificar a la DNA y los programas ambulatorios para buscar el mejor espacio pos estadía calle.

Espacio físico de permanencia – Independencia

Como espacio físico de permanencia independiente se considera un cuarto alquilado, la posibilidad momentánea de vivir en el lugar de trabajo, u otra alternativa de vida, que se basa en la toma de decisión de iniciar una vida autónoma e independiente.

PROGRAMA AMBULATORIO DE APOYO A LA INDEPENDENCIA

Actor directo

GAD (Secretaría de Desarrollo Humano/SEDEGES) y GAM (Cabezas de sector); Instituciones privadas acreditadas y articuladas en Red; Seguimiento de la DNA.

Objetivo

Lograr una autonomía de vida para las y los adolescentes/ jóvenes con experiencia de vida en calle en su nuevo espacio de vida, mediante un acompañamiento ambulatorio individualizado de soporte y apoyo emocional, social, laboral, educativo, salud y terapéutico, para lograr la integración holística de la persona a la sociedad de manera sostenible.

Perfil del destinatario

Adolescentes varones y mujeres a partir de los 16 años, con características de:

- Alta terapéutica de la Fase II o III.
- Tener un proyecto de vida trabajado con aspiraciones claras y reales.
- Demostrar un grado de responsabilidad y habilidades sociales adecuadas para asumir esta forma y alternativa de vida.
- Contar con un ingreso económico de actividad lícita, para poder satisfacer sus necesidades de vida.
- Haber controlado o eliminado el consumo de SPA.
- Estar, si se da el caso, adherido al tratamiento de VIH y que sea consiente de a continuidad individual de continuar el tratamiento.

Proceso de admisión

- Responde a procesos de trabajo previos con las y los Adolescentes realizado en las fases de rehabilitación y reintegración.
- Se realiza un diagnóstico y evaluación de cada proceso individual de las y los adolescentes, identificando el alta del programa que refiere el proceso, a partir de los informes, reuniones y entrevistas.
- El programa concerta, de forma conjunta con la o el adolescente, una planificación de acciones a realizar para el fortalecimiento, acompañamiento y apoyo del proceso de independización.
- Existe la predisposición y decisión voluntaria de la o el adolescente en ser parte del programa, se lo debe formalizar a través de un documento donde se especifique el consentimiento firmado.
- Disponibilidad consciente de continuar su tratamiento y tener una vida saludable.

Criterios de trabajo metodológico

Para adolescentes, cerca de la mayoría de edad, el paso a la independencia es una alternativa válida. A partir de la vivencia en calle y las experiencias negativas en espacios institucionales que muchos adolescentes han ido acumulando, la independencia se vuelve la opción prioritaria y viable para una gran cantidad de ellos. Sin embargo, es importante trabajar con mucho detalle en el proceso previo la fase de transición y realizar un adecuado acompañamiento a largo plazo.

- ✓ La referencia debe venir siempre de otro programa previo, en el que se haya realizado un proceso individual con la persona (programas de la fase II y III).
- ✓ Es un trabajo que se debe basarse en una Metodología comunitaria, con el objetivo central de construir una red social de apoyo y sustento para la persona, que le genere diferentes puntos de referencia, más allá del programa como tal.
- ✓ Es indispensable contar con las posibilidades de tecnificación, profesionalización e integración al mercado laboral.
- ✓ El programa debe generar una oferta por su cuenta, y también aprovechar los recursos y servicios disponibles de actores indirectos mediante la coordinación, para poder ofrecer el fortalecimiento y apoyo en temas de estudio, formación técnica, profesionalización, laborales, tiempo libre y circulo de socialización, salud, protección, habilidades para la vida en cuanto a la organización de horarios, mantenimiento del espacio de vida, etc.
- ✓ El acompañamiento del programa y la familia si fuera el caso en la dimensión de la salud (VIH) del o la adolescente debe ser permanente y la coordinación con los servicios necesarios (CRVIR) prioritarios.
- ✓ Según la metodología específica y las posibilidades del programa, se debe considerar apoyo temporal en alquiler, estudio, alimentación, documentación, legal (por ejemplo: garantía para alquiler de cuarto).
- ✓ Se debe propiciar el contacto con la familia para fortalecer y apoyar el proceso de la persona, en caso que sea una relación constructiva, cuidando que no genere nuevamente una vinculación con el consumo de SPAs o la calle.
- ✓ Las recaídas son parte del proceso de rehabilitación y reintegración. Por lo tanto inicialmente se deben manejar desde este programa, y no generar una ruptura con el mismo de manera inmediata.
- ✓ En casos de repetidas recaídas, a partir de la evaluación en conjunto entre el equipo y la persona, se debe considerar la necesidad de repetir un proceso de rehabilitación en un espacio residencial (CT).
- ✓ Se necesitan una planificación de tiempos y duración del acompañamiento, que prevé la disminución paulatina de los encuentros y del seguimiento.
- ✓ Información y coordinación permanente con los demás programas de las diferentes fases.
- ✓ Vincular a la DNA en el seguimiento, monitoreo de la situación de la o el adolescente.

Normativa

Ley 548, Art 183. (Atribuciones de la Instancia Técnica Departamental de Política Social). *Las Instancias Técnicas Departamentales de Política Social, dependerán de las gobernaciones y tendrán las siguientes atribuciones: a. Brindar servicios de orientación y apoyo socio-familiar y educativo; k. Diseñar, implementar y administrar, las guarderías, centros infantiles integrales, centros de orientación y tratamiento a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, centros de orientación y tratamiento a niñas, niños y adolescentes, dependientes de alcohol y drogas, víctimas de trata y tráfico; m. Diseñar e implementar programas de acercamiento con niñas, niños y adolescentes en situación de calle, para la restitución de sus derechos; y n. Otras que favorezcan a la niña, niño y adolescente, en el marco de sus competencias.*

Ley 548, Art.184, Atribuciones de los Gobiernos Autónomos Municipales, inciso h: *Diseñar e implementar programas y servicios municipales de prevención, protección y atención de la niña, niño y adolescente, para el cumplimiento de las medidas de protección social, de acuerdo a lo establecido en el presente código.*

Ley 548, Art 188, Inc. T (Atribuciones de la Defensoría de la niñez y adolescencia). *Brindar orientación, apoyo y acompañamiento temporales a la niña, niño o adolescente.*

Equipo profesional	**Tiempo**
Un equipo transdisciplinario independiente, que debe contar con psicólogos, educadores y trabajadores sociales. Debe tener conocimiento sobre el trabajo y la temática de NNASC, salud (contexto de vida en calle, abordaje en calle, rehabilitación residencial) y cómo estos factores influyen en la vida de las NNASC. Cada profesional puede realizar el seguimiento de 6 adolescentes de forma paralela, como máximo.	Según el proceso y la planificación del acompañamiento se recomienda un seguimiento de 18 meses continuos, para luego tener un proceso de desvinculación paulatino de otros 18 meses en función de las características y logros obtenidos en el proceso.

Criterios para el Alta del Programa

Concluir el proceso del programa ambulatorio de apoyo a la independencia, implica:

- Desvinculación total de la o el adolescente con la temática de situación calle.
- Tener un proyecto de vida trabajado con aspiraciones claras y reales.
- Proceso de independización estable.
- Encontrarse en adherencia al tratamiento ARV si él o la adolescente viviera con el VIH.
- Haber construido una red social de apoyo y acompañamiento la o el Adolescente.

El profesional del programa debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Debe realizar una planificación del seguimiento post-programa de la o el adolescente.
- Coordinar con todas aquellas instancia necesarias que tienen que ver con la dinámica de vivir en la calle.
- No romper el contacto de manera abrupta, para evitar una sensación de abandono, pero tomar en cuenta proceso y tiempos para la desvinculación.

Alternativas de <u>derivación</u> y Coordinación a partir del presente Programa:

Se considera este programa como instancia de acompañamiento hasta lograr la reintegración definitiva. Por lo tanto no hay derivaciones en continuidad para este programa.

En caso de que se identifiquen en las NNASC necesidades referidas a su salud sexual VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá coordinar con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo. Además se deberá notificar a la DNA y los programas ambulatorios para buscar el mejor espacio pos estadía calle.

Espacio físico de permanencia – Centro de Preparación para la reintegración
Para los adolescentes que tengan un alta terapéutica, pero aún no tienen la seguridad, autonomía e independencia para lograr la independencia o no tienen la opción de la reintegración a la familia, se tendrá una fase de finalización residencial, la cual brinda oportunidades de para preparase en este último paso de manera gradual bajo un régimen abierto.

PROGRAMA DE FINALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO
Actor directo GAD (Secretaría de Desarrollo Humano/SEDEGES) y GAM (Cabezas de sector); Instituciones privadas acreditadas y articuladas en Red; Seguimiento de la DNA.
Objetivo Brindar a las y los adolescentes con un alta terapéutica, un espacio de protección que permita la aplicación, en la vida real, de los recursos positivos trabajados y aprendidos en la comunidad terapéutica y/o centro de acogida, como fase intermedia previa a la independencia total.
Perfil del destinatario • Adolescente con alta terapéutica, que ha pasado de manera exitosa el proceso de rehabilitación en una comunidad terapéutica o un en un centro de acogida y requiere mayor preparación para lograr la independización. • Adolescente que aún no desarrolla acciones individuales integrales (salud, educación, laboral, protección) en el marco de sostener la responsabilidad de su vida de forma autónoma.
Proceso de admisión • Responde a procesos de trabajo previos con la o el adolescente realizado en la fase II de rehabilitación. • Se realiza un diagnóstico y evaluación de cada proceso individual de la o el adolescente, identificando el alta del programa que refiere el proceso, a partir de los informes, reuniones y entrevistas. (salud, VIH y tratamiento). • Existe la predisposición y decisión voluntaria de la o el adolescente en ser parte del programa, se debe formalizar a través de un documento donde se especifique el consentimiento firmado.
Criterios de trabajo metodológico • Fase intermedia entre la comunidad terapéutica y la realidad de la vida cotidiana. • Es un trabajo en el que se debe incluir elementos de la Metodología comunitaria, enfocado en la construcción de una red social de apoyo comunitario que ayude a la o el adolescentes aumentando paulatinamente su nivel de autonomía, contando con las alternativas integrales de socialización y mantenimiento de vida. • Se consolidan los procesos tanto de la comunidad terapéutica, como de los centros de acogida como fase finalización y mantenimiento, a partir de la perspectiva metodológica del proceso de cambio. • Construir una red social de apoyo y referencia para cada uno de los adolescentes, con el objetivo de contar con mayores recursos de referencia más allá aparte de los educadores del programa. • El programa permite la aplicación en la vida cotidiana los recursos positivos trabajados y aprendidos en la comunidad terapéutica o el centro de acogida, contando con un espacio físico de protección. • Es un espacio residencial que brinda un cierto grado de autonomía e independencia. • Es indispensable contar con las posibilidades de tecnificación, profesionalización e integración al mercado laboral. • Debe apoyar en la búsqueda de alternativas laborales, educativas y de uso de tiempo libre. • Debe apoyar en la búsqueda de alternativas de salud en especial, si se diera el caso, en temática de IVH, SIDA en coordinación con instancias que correspondan (CRVIR). • Debe contemplar el vínculo y nexo con el sistema familiar. • Los usuarios, de manera paulatina, deberán aportar en su manutención, considerando su proceso individual.. (Compra de víveres, vestimenta, pago de servicios, etc.). • La salida de este programa implica la referencia al programa ambulatorio para la independencia. • Promover la información y coordinación permanente con los demás programas de las diferentes fases. • Vincular a la DNA en el seguimiento y monitoreo de la situación de la o el adolescentes.

Normativa

Ley 548, Art 183. (Atribuciones de la Instancia Técnica Departamental de Política Social). *Las Instancias Técnicas Departamentales de Política Social, dependerán de las gobernaciones y tendrán las siguientes atribuciones: a. Brindar servicios de orientación y apoyo socio-familiar y educativo; k. Diseñar, implementar y administrar, las guarderías, centros infantiles integrales, centros de orientación y tratamiento a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, centros de orientación y tratamiento a niñas, niños y adolescentes, dependientes de alcohol y drogas, víctimas de trata y tráfico;*

Ley 548, Art. 37 – Mantenimiento de la Familia. *III. El Estado a través de todos sus niveles, en coordinación con la sociedad civil, formulará políticas públicas y programas integrales e interdisciplinarios destinados a fomentar la cultura de paz y resolución de conflictos dentro de la familia, previniendo el abandono de la niña, niño o adolescente.*

DS N°2377 (27/05/2015), Derecho a la Familia. Art. 17 – *Prevención del Abandono*. *En la formulación y ejecución de políticas públicas y programas de fomento a la cultura de paz y solución de conflictos dentro de la familia para la prevención del abandono de niñas, niños y adolescentes, las entidades de atención priorizarán la preservación y el fortalecimiento de los vínculos familiares.*

Ley 548, Art 188, Inc. G (Atribuciones de la Defensoría de la niñez y adolescencia).

Decreto Supremo N°2377, Reglamento a la Ley N°548, Art. 57: *Evaluación de la Medida de protección en centros de acogimiento, Garantizando el carácter de protección a la niña, niño y adolescente en un centro de acogimiento, la Defensoría de la Niñez y Adolescencia coordinará periódicamente con la Instancia Técnica Departamental de la Política Social y los Juzgados Públicos en materia de niñez y adolescencia la valoración bio-psico-socio legal en cada caso, con la finalidad de recomendar a la autoridad judicial el mejor mecanismo de restitución del derecho a la familia. Esta información será requerida por la autoridad judicial cada tres (3) meses.*

Equipo profesional	**Tiempo**
Equipo transdisciplinario competente: profesionales Psicólogos, Trabajadores sociales y educadores. Conocer la metodología de comunidad terapéutica y centros de acogida y tener conocimiento de metodología de trabajos comunitarios, salud y otros.	El tiempo referencial es 12 meses, buscando que la o el adolescentes pueda contar con herramientas necesarias para su independización.

Criterios para el Alta del Programa

Concluir el proceso del programa de finalización y mantenimiento, implica:

- Desvinculación total de la o el adolescente con la temática de situación calle.
- Tener un proyecto de vida trabajado y en proceso de desarrollo con aspiraciones claras y reales.
- Proceso de independización estable.
- Estar en tratamiento de ARV's para el VIH, SIDA. (en caso de que viva con el VIH)
- Haber construido una red social de apoyo y acompañamiento a la o el Adolescente.

El profesional del programa debe tomar en cuenta lo siguiente:

- El programa debe evaluar integralmente al adolescente para determinar el alta del programa.
- Informar de manera clara y sincera sobre las alternativas respecto a los programas de la fase de reintegración, en los cuales puede continuar, según su proceso y motivación.
- Debe realizar seguimientos post-programa de la o el adolescente.
- No romper el contacto de manera abrupta, para evitar una sensación de abandono, pero tomar en cuenta proceso y tiempos para la desvinculación.
- Notificar y coordinar constantemente con las instancias de que se amerite.

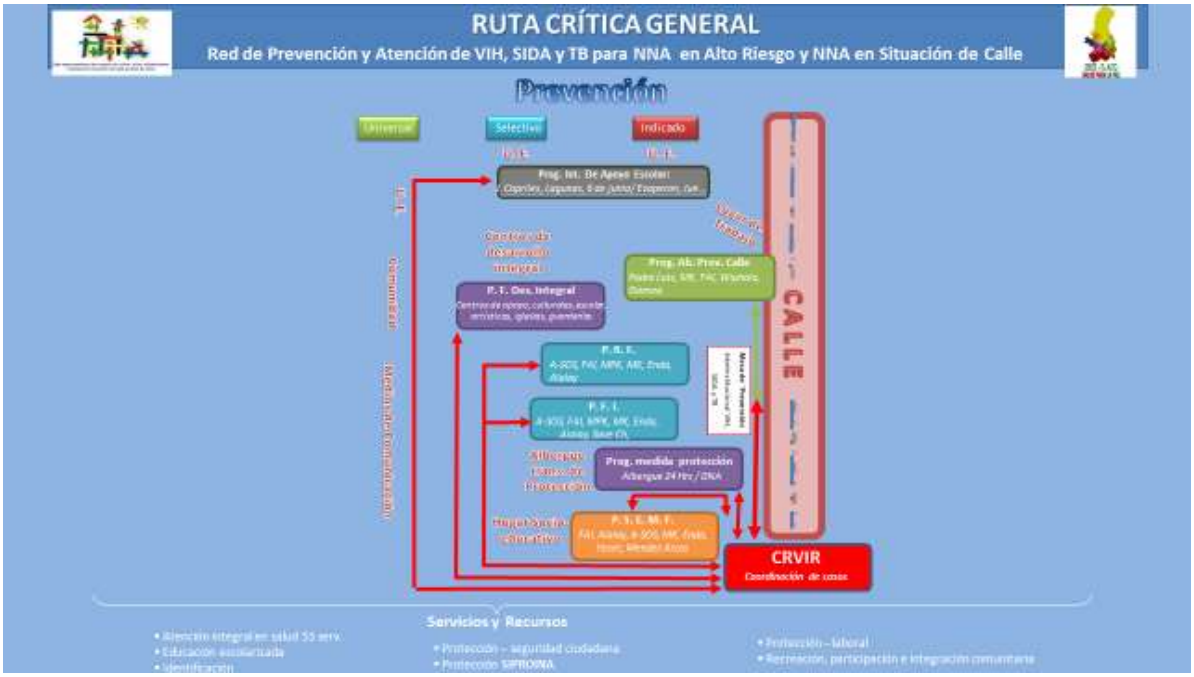
Alternativas de derivación a partir del presente Programa:	
Programa Ambulatorio de Reintegración Familiar • NNA con un vínculo familiar reestructurado y estable para la reintegración familiar. • NNA toma una decisión libre y voluntaria. • Responder al perfil y proceso del programa. • La Familia es consciente del diagnóstico VIH de la NNASC y está dispuesto al apoyo. • La familia constituye una alternativa real (evaluación conjunta). Se realizó un proceso de acercamiento previo con la familia y existe predisposición de la misma a la reintegración. • La NNASC demuestra seguridad y confianza en su familia y el proceso de seguimiento	**Programa Ambulatorio para la Independencia** • Adolescentes que hayan desarrollado y consolidado procesos de independencia, sea o no con el apoyo de su familia. • Capacidad de autonomía para satisfacer sus necesidades de independización. • La/el adolescente en situación de calle tiene una fuente de ingreso económica. • El proyecto de vida es sólido y existe la honesta predisposición de romper con el contexto de la calle. • Se encuentra consciente sobre su situación de salud (VIH) y se encuentra ya en su tratamiento ARV.
Vinculación y Coordinación con el CRVIR En caso de que se identifiquen en las NNA necesidades o emergencias referidas a su salud sexual y/o reproductiva, VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá coordinar con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo. Además se deberá notificar a la DNA y los programas ambulatorios para buscar el mejor espacio pos estadía calle.	

ESTRUCTURA DE LA RED DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A NNASC

La estructura de Prevención está disgregado por niveles (Universal, Selectivo, Indicado), se busca, de la misma manera que en el componente dela Atención, partir desde los espacios físicos (en letra roja), donde se tiene la posibilidad de contactar a los NNA que puedan ser potenciales destinatarios de las acciones preventivas, comprendidas en el marco de esta Ruta Crítica. Por lo tanto, se plantean Programas según espacio físico, considerando al mismo tiempo el nivel de prevención que corresponde y la vinculación como coordinación respectiva.

Si bien, se acostumbra describir los procesos empezando de la prevención universal, por la selectiva y llegando a la indicada, en el caso de ésta Ruta Crítica se invertirá esta lógica, con la argumentación, que es únicamente en el nivel de la prevención indicada, donde se puede tomar énfasis especifica en la prevención del VIH SIDA, mientras los niveles selectivos y universales implican una mayor variedad de temáticas, los cuales ayudarán a prevenir la situacionalidad de calle, pero también otros comportamientos y temáticas presentes (salud integral, consumo de drogas, embarazos no planificados, afiliación a pandillas, etc.).

Gráfico 11: : Estructura de la Red Prevenión del VIH, SIDA para NNASC.



Fuente: Elaboración propia

Prevención Indicada

La prevención indicada es el nivel de mayor especificidad, lo cual da la posibilidad de prevenir situaciones puntuales, como es la situación de calle y el VIH SIDA. Para esto se plantea la implementación de recursos ambulatorios de acompañamiento dirigido a la NNA, conjuntamente con el apoyo a la familia, para volver a fortalecer los vínculos, y la promoción de medidas de protección y garantías de derechos.

Cabeza de Sector	Normativa	Perfil de destinatarios	Servicios
Gobierno Autónomo Municipal, DNA	**Ley 548, Art. 184. (Atribuciones de los Gobiernos Autónomos Municipales).** Son atribuciones de los Gobiernos Autónomos Municipales, las siguientes: h. Diseñar e implementar programas y servicios municipales de prevención, protección y atención de la niña, niño y adolescente, para el cumplimento de las medidas de protección social, de acuerdo a lo establecido en el presente Código; **Ley 548, Art. 188. (Atribuciones).** Son atribuciones de la Defensoría de la Niñez y Adolescencia, las siguientes: t. Brindar orientación, apoyo y acompañamiento temporales a la niña, niño o adolescente; u. Derivar a programas de ayuda a la familia, a la niña, niño o adolescente;	NNA que: • Pasan frecuentemente más de 5 horas diarias en el espacio público, sin supervisión de un adulto responsable. • Comparten el espacio geográfico de socialización y permanencia con NNASC. • Ya han iniciado contacto y socializan con NNASC. • Demuestran factores de riesgo como trasnoche y consumo de SPA.	Mínimamente se debe contar con acceso a los servicios de: • Protección • Salud • Educación • Tecnificación • Identificación • Protección laboral

Prevención Selectiva

La prevención selectiva implica acciones dirigidas a grupos de NNA que presentan ciertos factores de riesgos, sin determinar de manera directa su acercamiento a la situacionalidad de calle. El grupo destinatario de este nivel preventivo aun cuenta con un grado importante de factores de protección dentro de su familia, en el colegio o la comunidad, que representa un potencial importante para ser fortalecidos, sin dejar de lado la reducción de los factores de riesgo.

Si bien la prevención selectiva brinda la posibilidad de generar un cierto nivel de especificidad referente a los factores de riesgos generales que atañen a las NNA, es importante considerarla dentro de una propuesta preventiva más amplia e integral. Esto particularmente para no duplicar esfuerzos y acciones preventivas existentes enfocadas a temáticas similares (prevención del VIH, SIDA, consumo de drogas, prevención de afiliación a pandillas juveniles, etc.).

Cabeza de Sector	Normativa	Perfil de destinatarios	Servicios
Gobierno Autónomo Municipal, DNA	**Ley 548, Art. 184. (Atribuciones de los Gobiernos Autónomos Municipales).** Son atribuciones de los Gobiernos Autónomos	NNA que presentan ciertos factores de riesgos de llegar a	Mínimamente se debe contar con acceso a los servicios de:

	Municipales, las siguientes: h. Diseñar e implementar programas y servicios municipales de prevención, protección y atención de la niña, niño y adolescente, para el cumplimento de las medidas de protección social, de acuerdo a lo establecido en el presente Código; i. Promover la participación de la sociedad a través de actividades de difusión, promoción, desarrollo y atención de los derechos y garantías de la niña, niño y adolescente, estimulando la creación de programas de iniciativa privada de acuerdo a las necesidades del municipio;	la situación de calle, pero de forma inespecífica. Por lo que se hace necesario un trabajo de fortalecimiento a NNA de manera amplia y en temáticas más generales.	• Protección • Salud • Educación • Tecnificación • Identificación • Protección laboral

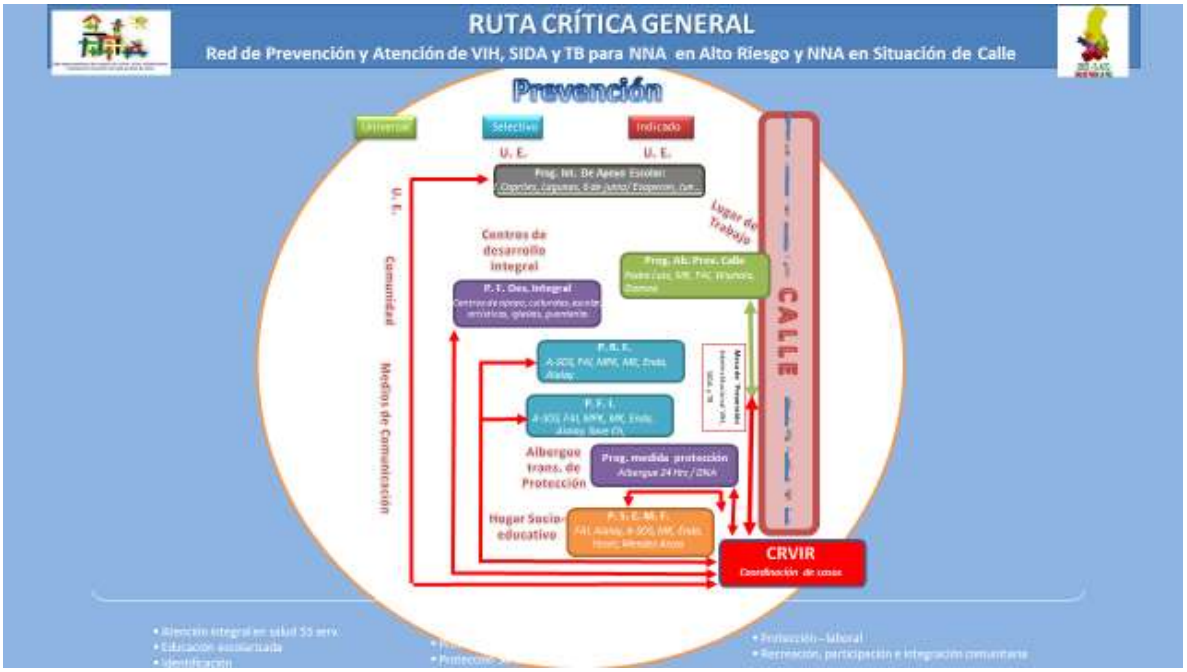
Prevención Universal		
La prevención universal describe el tipo de actividades que son dirigidas a toda la población , con el fin de lograr fortalecer factores de protección generales y globales para todas las personas. En este sentido, se trata de un tipo de actividades muy generales e inespecíficas, que deben ser vistas como partes de una estrategia integral de prevención, y no así aplicables de manera puntual para la prevención de la situacionalidad de calle. Es por eso que en la presente Ruta Crítica no se toma un amplio énfasis en este nivel, lo cual de ninguna manera debe interpretarse que la prevención universal no tenga importancia en el contexto preventivo, sin embargo en el caso de la prevención del VIH, SIDA ésta prevención es absolutamente necesaria y debe plantearse como una necesidad inmediata.		
Cabeza de Sector **Gobierno Autónomo Municipal, DNA**	**Perfil de destinatarios** Familias y NNA en general; toda la comunidad.	**Servicios** • Comunicación masiva • Todos los servicios
Normativa Ley 548, Art. 184. (Atribuciones de los Gobiernos Autónomos Municipales). Son atribuciones de los Gobiernos Autónomos Municipales, las siguientes: h. Diseñar e implementar programas y servicios municipales de prevención, protección y atención de la niña, niño y adolescente, para el cumplimento de las medidas de protección social, de acuerdo a lo establecido en el presente Código; i. Promover la participación de la sociedad a través de actividades de difusión, promoción, desarrollo y atención de los derechos y garantías de la niña, niño y adolescente, estimulando la creación de programas de iniciativa privada de acuerdo a las necesidades del municipio;		

ESPACIOS Y PROGRAMAS DE LA RED DE PREVENCIÓN

A diferencia con la Red de Atención, en la prevención los espacios de permanencia y los programas de trabajo preventivo no son exclusivos por nivel de prevención. En este sentido, se propone un espacio de permanencia o un programa de prevención, acciones a un nivel indicado, selectivo y hasta universal.

Es por eso que se presentará el componente de prevención de manera general, haciendo referencia sobre las características generales de sus acciones. De la misma manera es importante recalcar que los trabajos preventivos son de mayor amplitud temática y por lo general no se limitan a prevención específica, en relación a la situación de calle y el VIH, SIDA.

Gráfico 12: Estructura de Programas de la Red Prevenión del VIH, SIDA para NNASC.



Fuente: Elaboración propia

Espacios físicos de permanencia – La Calle
Un criterio importante que determina el grado de riesgo para los NNA es el tiempo que permanecen en el espacio público donde hay presencia de NNASC. En el momento que un NNA inicia el contacto con NNA que se encuentran en situación de calle, se constituye en un factor de riesgo determinante, lo cual puede llevar paulatinamente a un mayor grado de distanciamiento de su familia y un acercamiento al contexto de la calle y sus diversos factores de riesgo. Los NNA trabajadores que tienen su lugar de trabajo en la calle, representan un grupo con alto riesgo a acercarse a la situacionalidad de calle. Por más que tengan un objetivo bien determinado que justifica su presencia en el espacio público, que es la generación de recursos económicos, el hecho de compartir el espacio físico de socialización con NNASC y llegar a entrar en contacto con ellos, les genera un factor de riesgo importante, que a partir de un detonante dentro de su familia, colegio, etc. pueda propiciar el ingreso a la situacionalidad de calle.
PROGRAMA DE ABORDAJE AMBULATORIO PREVENTIVO
Actores directos DNA, SEDEGES, Instituciones privadas acreditadas y articuladas en Red.
Objetivo Evitar el involucramiento a la situacionalidad de calle de NNA con`` presencia y permanencia significativa en el espacio público con cercanía y contacto con NNASC, mediante la vinculación recursos preventivos, tanto específicos de la prevención indicada, como también del nivel selectivo. Desarrollar una prevención indicada del VIH y SIDA en ésta población.
Perfil del destinatario • NNA que pasan más de 5 horas por día en el espacio público sin supervisión de un adulto responsable; • NNA que iniciaron contacto y socializan con grupos de NNASC; • NNASC que realizan alguna actividad que les genere recursos económicos, (NNA trabajadores por cuenta propia) y su presencia en la calle , dada por esta dinámica, se encuentra en cercanías del contexto geográfico de la población en situación de calle, lo cual implica mucho riesgo.; • NNA que consumen sustancias psicoactivas en el espacio público en cercanías a lugares de permanencia de NNASC.
Proceso de admisión El proceso para iniciar el contacto con las NNA en riesgo a la situación de calle es muy similar a las estrategias descritas en el P*roceso Individual de Adherencia*, ya que se trata de la aplicación de la misma metodología de Trabajo de Calle, pero destinado a otro grupo poblacional y con un objetivo de abordaje diferente. En esta fase es muy importante tener criterios muy claros y un análisis profesional referente al perfil del destinatario, determinar quiénes participaran de las actividades y el abordaje a realizarse. Mezclar poblaciones (NNASC con NNA en riesgo) puede resultar muy perjudicial.
Criterios • El factor de riesgos más importante representa la presencia de NNA en el espacio público sin supervisión de un adulto responsable, lo cual propicia en muchas ocasiones el inicio de contactos y un involucramiento con factores de riesgos específicos. • El programa necesariamente debe marcar una diferencia clara entre el abordaje especifico a NNASC, por lo tanto se requiere un equipo de Educadores de Calle diferente a los que abordan a los NNASC. • El abordaje debe enfocarse en la **vinculación de los NNA con alternativas de apoyo** distantes de la situacionalidad de calle, con el fin de cortar los lazos iniciados con el contexto y **generar factores de protección** desde la prevención selectiva. • El trabajo ambulatorio debe revitalizar y fortalecer los vínculos con la familia, ya que, a partir de la amplia presencia en el espacio público de las NNA, podemos deducir que existe un proceso de distanciamiento y déficit en el nexo con la familia. • Ante la necesidad de fortalecer el vínculo familiar, es necesario considerar la familia en las diferentes

ofertas de apoyo que se les pueda brindar a las NNA, ya que existe el riesgo que al el brindar apoyo desde un programa directamente a las NNA, se debilite aún más el vínculo familiar, restándole responsabilidad

- Específicamente NNATs que trabajan en la calle deben contar con un apoyo y acompañamiento ambulatorio, que les ayude a mantener claro su objetivo por el cual están en el espacio público, que es la generación de recursos económicos, y no la búsqueda de un espacio de sobrevivencia.
- El trabajo con los NNA en alto riesgo debe orientarse en propiciar herramientas y estrategias personales, para poder manejar una posible situación de riesgo, que podría constituirse en el factor detonante para llegar a la situación de calle, para que este tenga una respuesta constructiva, apoyándose en referentes de protección.
- Realizar un trabajo de prevención, atención, detección y tratamiento específico en temáticas de salud, en especial el (VIH, SIDA) en coordinación con los servicios pertinentes.

Normativa	**Equipo profesional**
Ley 548, Art. 184. (Atribuciones de los Gobiernos Autónomos Municipales). *Son atribuciones de los Gobiernos Autónomos Municipales, las siguientes: h. Diseñar e implementar programas y servicios municipales de prevención, protección y atención de la niña, niño y adolescente, para el cumplimento de las medidas de protección social, de acuerdo a lo establecido en el presente Código;* **Ley 548, Art. 188. (Atribuciones).** *Son atribuciones de la Defensoría de la Niñez y Adolescencia, las siguientes: t. Brindar orientación, apoyo y acompañamiento temporales a la niña, niño o adolescente; u. Derivar a programas de ayuda a la familia, a la niña, niño o adolescente;*	Educadores y animadores socio-culturales, con conocimiento de metodología de trabajo de calle y trabajo comunitario, especialmente la construcción de redes de apoyo comunitarios.

Alternativa de derivación a partir del presente Programa

Programa por Medida de Protección

En caso de tratarse de una situación de violencia, abuso o abandono emergente, que requiera una medida de protección separada de la familia inmediata, se debe realizar la derivación de la NNA al Programa de medida de protección, donde se hará los procesos de evaluación, atención especializada integral y análisis, para luego gestionar una alternativa sostenible. El referente del Programa ambulatorio debe acompañar el proceso y, en la medida que sea posible, apoyar la evaluación, análisis y el contacto con la familia.

Alternativas de vinculación a partir del presente Programa:

Programa ambulatorio de apoyo a la familia	**Programa de Fortalecimiento y Desarrollo Integral**	**Programa ambulatorio para la independencia**	**Programa Integral de Apoyo Escolar**
Es importante de fortalecer el vínculo con la familia, por lo cual se debe apoyar a la misma de manera paralela al trabajo con la NNA.	Vincular a una alternativa cercana para el uso del tiempo libre, de orientación, fortalecimiento, apoyo, etc.	Es importante vincular a las/los adolescentes que son contactados en la calle y están en un proceso autónomo de independización a este programa de apoyo.	Buscar apoyo a la NNA desde su Unidad Educativa, para convertirla en un factor de protección.

Vinculación y Coordinación con el CRVIR

En caso de que se identifiquen en las NNA necesidades o emergencias referidas a su salud sexual y/o reproductiva, VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá coordinar con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo. Además se deberá notificar a la DNA y los programas ambulatorios para buscar el mejor espacio pos estadía calle.

Espacio físico de permanencia de las NNA – La Unidad Educativa
Por más que los NNA prácticamente en su totalidad abandonan sus estudios, en el proceso paulatino de callejización, aún hay asistencia en el colegio, lo que brinda la posibilidad de identificar los adolescentes en alto riesgo a partir de la observación de factores de riesgos en los colegios.
PROGRAMA DE APOYO INTEGRAL EN UNIDADES EDUCATIVAS
Actor directo: Ministerio de Educación/DDE; GAM – Dirección de Desarrollo Humano - DNA
Objetivo Responder a indicadores específicos para factores de riesgos relacionados con la cercanía a la situacionalidad de calle, así mismo del VIH, SIDA, a partir de una observación y evaluación en la Unidad Educativa, con el fin de iniciar las acciones de apoyo pertinentes, hacia la NNA y su familia.
Perfil del destinatario NNA de la Unidad Educativa que demuestran ciertas características que se relacionan con factores de riesgos específicos de la callejización: • Visible trasnoche (ropa sucia y descuidada sin cambio, facciones faciales, aliento a consumo, etc.) • Distanciamiento de su familia • Indicios de consumo de SPAs • Necesidades en cuanto a la salud integral (VIH, SIDA) • Presencia fisca en el espacio geográfico donde se desarrolla la problemática de situación de calle.
Proceso de admisión • Se realiza un diagnóstico y evaluación de cada proceso individual de las NNA, identificando alto riesgo de ingresar a la dinámica situación de calle. Este proceso a partir de los informes, reuniones y entrevistas. • Existe la predisposición, decisión voluntaria de la NNA en participar del programa. • Existe la predisposición de realizar un acompañamiento respecto a su salud.
Criterios de trabajo metodológico La Unidad Educativa es uno de los lugares, donde se pueden identificar las NNA que presentan factores de riesgos muy específicos para llegar a la situacionalidad de calle. Para eso se considera la necesidad de un programa específico de prevención en cada Unidad Educativa, a partir del trabajo de un equipo integrales, interdisciplinarios que realizará el trabajo de prevención, que consiste en: ✓ Observar factores de riesgos y realizar una evaluación para identificar si la NNA sería destinatario de una acción preventiva indicada (riesgos severos) o prevención selectiva (riesgos moderados). ✓ En el trabajo personalizado se debe tomar en cuenta, tanto el apoyo personalizado a la NNA, como también el contacto con su familia y el análisis de la necesidad de fortalecimiento a la misma. ✓ Realizar actividades de prevención con grupos de estudiantes sobre temáticas específicas (VIH, SIDA), con el fin de generar factores de protección. ✓ Trabajar conjuntamente con los maestros para evitar los factores de riesgos y violencia dentro del sistema educativo (bullying, violencia entre pares, maltrato por los maestros, etc.) ✓ Vincular a la DNA
Normativa **Ley 070, Artículo 15 - Educación escolarizada integral para la población en desventaja social.** *Es la educación integral escolarizada dirigida a la atención de niñas, niños y adolescentes, jóvenes trabajadores desprotegidos y en desventaja social para protegerlos del entorno, mediante programas especiales de hogares abiertos con servicios integrales de salud, alimentación, educación, reinserción escolar y socio-laboral, considerando políticas de rezago escolar como prioridad educativa.* **Ley 548, Artículo 150 - Protección contra la Violencia en el Sistema Educativo.** *La protección a la vida y a la integridad física y psicológica de los miembros de la comunidad educativa, implica la prevención, atención y sanción de la violencia ejercida en el Sistema Educativo del Estado Plurinacional de Bolivia,*

con la finalidad de consolidar la convivencia pacífica y armónica, la cultura de paz, tolerancia y justicia, en el marco del Vivir Bien, el buen trato, la solidaridad, el respeto, la intraculturalidad, la interculturalidad y la no discriminación entre sus miembros.

DS N°2377 (27/05/2015) – Art. 32 – *Obligación de comunicar. La directora o le director, maestro o administrativo, tiene la obligación de comunicar a la Defensoría de la Niñez y Adolescencia todo caso de deserción escolar, reiteradas inasistencias injustificadas, reprobación frecuente y precarias condiciones de salud de las y los estudiantes.*

Equipo profesional	**Tiempo**
Equipo transdisciplinario competente: profesionales Psicólogos, Trabajadores sociales y educadores.	El tiempo es de 12 meses como referencia, con la intención, de que el adolescentes, ya tengan las herramientas necesarias para su independización.

Criterios para el Alta del Programa

Haber concluido el proceso del programa de apoyo integral en unidades educativas, lo que implica:

- Haber cumplido totalmente los objetivos del programa.
- Superar satisfactoriamente los factores de riesgo (VIH, SIDA) que presentaban las NNA.
- Tener un proyecto de vida trabajado y en proceso de desarrollo con aspiraciones claras y reales.
- Haber reconstruido los factores protectivos, una red social de apoyo y acompañamiento.

El profesional del programa debe tomar en cuenta lo siguiente:

- El programa debe evaluar integralmente para determinar el alta del programa.
- Vincular y fortalecer a la familia o algún referente para que sea un factor protectivo y de apoyo.
- Debe realizarse seguimientos post-programa de la NNA.

Alternativas de <u>derivación</u> a partir del presente Programa:

Programa por Medida de Protección

Se efectúa la derivación de NNA en caso de tratarse de una situación de violencia, abuso, abandono, salud (VIH), que requiera una medida de protección separada de la familia inmediata, donde se hará los procesos de evaluación y análisis, para luego gestionar una alternativa sostenible. El referente del Programa que deriva debe acompañar el proceso.

Alternativas de <u>vinculación</u> a partir del presente Programa:

Programa Ambulatorio de Reintegración Familiar	**Programa de abordaje preventivo en Calle**	**Programa ambulatorio para la independencia**	**Programa de Fortalecimiento y Desarrollo Integral**
El programa de referencia debe vincular, en todas las actividades a desarrollar en la unidad educativa, a la familia de la NNA mediante el programa para la reintegración familiar, porque es importante fortalecer este vínculo y generar apoyo a la misma, de manera paralela al trabajo con la NNA. La Familia es consciente y apoya el diagnóstico de salud que tiene la NNA.	Para las NNA pasan mucho tiempo en el espacio público (por ej. por trabajo) es importante de generar el vínculo y la coordinación continua con este programa, para que se constituya en una referencia como factor protector. Lo importante es que en cualquier espacio donde se encuentre la NNA tenga un acompañamiento de un programa.	Es importante vincular a la o el adolescentes a losprogramas ambulatorios para la independencia ya que la información del proceso de independización y autonomía conlleva ciertas características que en la unidad educativa, mediante el programa integral de apoyo escolar, deben considerar y fortalecer los factores protectores para la NNA.	Vincular a algún programa de fortalecimiento y desarrollo integral que sea una alternativa para el uso constructivo del tiempo libre, que propicie una orientación, fortalecimiento, apoyo a la NNA.

Vinculación y Coordinación con el CRVIR

En caso de que se identifiquen en las NNA necesidades o emergencias referidas a su salud sexual y/o reproductiva, VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá coordinar con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo. Además se deberá notificar a la DNA.

Centros de desarrollo integral

Se entiende bajo esta categoría todo tipo de centros o espacios comunitarios que brindan a las NNA **una oferta acompañada** en temas culturales, artísticos, deportivos, de ocio, apoyo escolar, etc., como alternativa constructiva de uso del tiempo libre. Es en estos lugares, donde se contacta a las NNA y se puede tener incidencia hacia su desarrollo y formación personal.

PROGRAMA DE DESARROLLO INTEGRAL

Actor directo: Gobierno Autónomo Municipal/Direcciones de Desarrollo Humano/DNA

Objetivo

Brindar diversos espacios de apoyo a las NNA para el desarrollo de habilidades que las fortalezcan a nivel personal y consoliden los vínculos con sus familias, mediante el fortalecimiento de factores protectores y el control y manejo de los factores de riesgo.

Criterios

Desde la perspectiva de la prevención selectiva, se debe generar ofertas de apoyo y fortalecimiento a NNA desde las diversas categorías. Cumplen un rol de prevención más allá de la callejización.

- Pueden ser centros culturales, artísticos, deportivos, de apoyo escolar, guarderías, actividades parroquiales, grupos juveniles de iglesias, de participación ciudadana, u otros.
- Lo importante es que tengan un acompañamiento y objetivo preventivo, más allá de satisfacer una necesidad básica (p. e. un comedor comunitario con un almuerzo a 1 Bs. por si solo no es preventivo, sino un restaurant barato. Por lo tanto, se requiere de un componente de trabajo temático, informativo y educativo, para que cumpla con una función dentro de la red de prevención. De la misma manera, una cancha deportiva o una biblioteca comunitaria, por si solas no son preventivos, hasta que no cuenten con el acompañamiento adecuado).
- Es importante utilizar para estas ofertas los recursos comunitarios, en cuanto a espacios físicos, acompañamientos de personas voluntarias de la zona, actividades que involucren a la comunidad y las personas del entorno.
- Las actividades en el centro deben contemplar siempre criterios para desarrollar la formación valores, habilidades sociales y personales, Sensibilización respecto a situaciones de riesgos, etc., por más que sean deportivas, artísticas, culturales, etc.
- En estos espacios se debe realizar una evaluación e identificación sobre necesidades más allá del propio programa tales como la salud (VIH, SIDA u otros), por lo que requiere la capacidad de generar referencias a programas de apoyo específicos (a la familia, independización, u otro programa de desarrollo integral específico).
- Estas ofertas cumplen principalmente una función de apoyo en el nivel selectivo, sin embargo es un objetivo central, identificar los casos de NNA que requieren de una prevención indicada.
- Son un recurso de fortalecimiento importante como espacio de referencia para NNA contactados en el abordaje preventivo en calle, ya que pueden significar una alternativa para el uso de su tiempo libre, además de constituirse en una referencia personal.
- Los centros de desarrollo integral deben cuidar y fortalecer el vínculo entre la NNA y su familia, evitando que se sustituyan las responsabilidades de la familia.
- La coordinación con los servicios entre ellos la salud es primordial para realizar actividades como atención especializada para prevenir el VIH, SIDA u otras temáticas que son de riesgo.

Normativa

Ley 548, Artículo 120. (DERECHO A LA CULTURA). *La niña, niño y adolescente tiene derecho a: a. Que se le reconozca, respete y fomente el conocimiento y la vivencia de la cultura a la que pertenece o con la que se identifica; b. Participar libre y plenamente en la vida cultural y artística de acuerdo a su identidad y comunidad.*

Ley 548, Artículo 121. (Derecho a Recreación, Esparcimiento, Deporte y Juego). *I. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la recreación, esparcimiento, deporte y juego. II. El ejercicio de estos derechos debe estar dirigido a garantizar el desarrollo integral de la niña, niño y adolescente, y a fortalecer los valores de solidaridad, tolerancia, identidad cultural y conservación del ambiente.*

Ley 548, Artículo 123. (Derecho a Participar). *I. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a participar libre, activa y plenamente en la vida familiar, comunitaria, social, escolar, cultural, deportiva y recreativa, así como a la incorporación progresiva a la ciudadanía activa, en reuniones y organizaciones lícitas, según su edad e intereses, sea en la vida familiar, escolar, comunitaria y, conforme a disposición legal, en lo social y político. II. El Estado en todos sus niveles, las familias y la sociedad, garantizarán y fomentarán oportunidades de participación de las niñas, niños y adolescentes en condiciones dignas.*

Ley 548, Art. 184. (Atribuciones de los Gobiernos Autónomos Municipales). *Son atribuciones de los Gobiernos Autónomos Municipales, las siguientes: h. Diseñar e implementar programas y servicios municipales de prevención, protección y atención de la niña, niño y adolescente, para el cumplimento de las medidas de protección social, de acuerdo a lo establecido en el presente Código; i. Promover la participación de la sociedad a través de actividades de difusión, promoción, desarrollo y atención de los derechos y garantías de la niña, niño y adolescente, estimulando la creación de programas de iniciativa privada de acuerdo a las necesidades del municipio;*

Perfil del destinatario

NNA que demuestran ciertas características que se relacionan con factores de riesgos de la callejización y salud. Los vínculos con la familia son estables y se convierten en factores de protección ante riesgos de la dinámica de los NNA en su escuela y calle.

NNA que han desarrollado actividades laborales que les generan una cierta autonomía económica y el nexo familiar está presente.

NNA que no tienen una actividad para realizar en su tiempo libre y por esos factores están en riesgo de vincularse a actividades no constructivas.

NNA que están motivados en aprender y fortalecer habilidades y capacidades técnicas, artísticas, deportivas, etc.

Equipo profesional

Profesionales de áreas sociales y voluntarios de la comunidad, que manejan metodologías de trabajo en grupo, animación socio-cultural, apoyo educativo, etc.; según tipología del centro.

Alternativa de derivación a partir del presente Programa

Programa por Medida de Protección

En caso de tratarse de una situación de violencia, abuso, abandono o Salud (VIH), que requiera una medida de protección separada de la familia inmediata, se debe realizar la derivación de la NNA al Programa de medida de protección, donde se realizaran los procesos de evaluación y análisis, para luego gestionar una alternativa sostenible. El referente del Programa de fortalecimiento y desarrollo integral debe acompañar el proceso y, en la medida que sea posible, apoyar la evaluación, análisis y el contacto con la familia.

Alternativas de vinculación a partir del presente Programa:			
Programa ambulatorio de apoyo a la familia En casos de identificar ciertos factores de riesgos que son relacionados con la familia, es importante fortalecer este vínculo y promover el apoyo a la familia, de manera paralela al trabajo con la NNA.	**Programa de abordaje preventivo en Calle** Para las NNA que refieren pasar mucho tiempo en el espacio público (p. e. por trabajo) es importante generar un vínculo con este programa, para contar con otra referencia como factor protector.	**Programa ambulatorio para la independencia** Es importante vincular con este programa a las/los adolescentes que vienen al Programa y están en un proceso de independización. Propiciar una estabilización de la situación de salud de las y los adolescentes.	**Programa Integral de Apoyo Escolar** A partir de la evaluación de la situación de la NNA, puede darse la necesidad de fortalecer el apoyo a la NNA desde su Unidad Educativa, para convertirla en un factor protector.
Vinculación y Coordinación con el CRVIR En caso de que se identifiquen en las NNA necesidades o emergencias referidas a su salud sexual y/o reproductiva, VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá coordinar con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo. Además se deberá notificar a la DNA.			

PROGRAMAS DE APOYO AMBULATORIO INTEGRAL PREVENTIVOS

PROGRAMA AMBULATORIO DE REINTEGRACIÓN FAMILIAR
Actor directo GAM (Cabeza de sector); SEDEGES; Seguimiento de la DNA.
Objetivo Propiciar un proceso de apoyo familiar sostenible mediante un acompañamiento integral a todo el sistema familiar, para que la familia sea fortalecida y consolidada como referente de protección y desarrollo principal para la NNA.
Perfil del destinatario • Se debe realizar, con las NNA que son contactados desde el abordaje ambulatorio preventivo en calle, un proceso de acercamiento a su familia y trabajar en el apoyo a la misma. • Es un programa que trabajará tanto desde la vinculación a partir de la prevención indicada, como también selectiva. La Familia, con las siguientes características: • Tener la voluntad de recibirlos de manera abierta y constructiva. • Construirse como una alternativa real de protección y apoyo integral para la NNA. • Predisposición y compromiso de cumplir el proceso del programa ambulatorio de reintegración a la familia.
Proceso de admisión • Se realiza un diagnóstico y evaluación de cada uno de los procesos individuales de las NNA (salud: VIH, SIDA), que tiene que ver con procesos desarrollados por el programa abordaje preventivo en calle y el programa integral de apoyo escolar. • El programa concerta, de forma conjunta con las NNA y la familia, una planificación de acciones a realizar para el fortalecimiento, acompañamiento y apoyo del proceso de reinserción. • Existe la predisposición, decisión voluntaria de la NNA y la familia en ser parte del programa, se lo debe formalizar a través de un documento donde se especifique el consentimiento firmado.

Criterios de trabajo metodológico

- En el nivel de prevención indicada, las NNA ya presentan un cierto grado de desvinculación de su familia, por lo que es importante volver a fortalecer este vínculo para que no se siga deteriorando.
- El apoyo familiar puede darse no solamente hacia la familia nuclear, sino también familia ampliada. El programa tiene que realizar el acompañamiento en el espacio que sea adecuado.
- Un objetivo central de este programa es la construcción de una red social de apoyo y sustento para la familia y para la NNA, que le genere mayores puntos de referencia, más allá del programa como tal. Esto implica el manejo de **metodologías de trabajo comunitario**.
- Generar alternativas de acompañamiento para la familia, enfocado hacia la posibilidad de cumplir el **proyecto de vida de la NNA**. Eso implica la posibilidad de **estudio escolar**, de una **formación técnica**, y satisfacer las **necesidades referidas a la salud** (VIH, SIDA), entre otros.
- Apoyo a todo el sistema familiar (padres, hermanos), para lograr una verdadera reintegración familiar. Por otro lado es importante evitar el riesgo de la callejización de hermanos (prevención indicada).
- Es importante reflexionar con el sistema familiar, de forma permanente, sobre los factores de riesgo que están llevando a la NNA en la situación actual, lo cual amerita necesariamente un esfuerzo de cambio para todos los involucrados, con el fin de lograr un mayor nivel de protección.
- Los ámbitos de apoyo de este programa presentan un panorama amplio, ya que se debe buscar condiciones para el sistema familiar que le permita cumplir con la responsabilidad de protección para la NNA. Esto significa apoyo para garantizar el acceso a educación, salud, en temas laborales, alimentación, formación, tecnificación, etc.
- Vincular a la DNA en el proceso del programa.

Normativa

Ley 548, Art. 37 – Mantenimiento de la Familia. *III. El Estado a través de todos sus niveles, en coordinación con la sociedad civil, formulará políticas públicas y programas integrales e interdisciplinarios destinados a fomentar la cultura de paz y resolución de conflictos dentro de la familia, previniendo el abandono de la niña, niño o adolescente.*

DS N°2377 (27/05/2015), Derecho a la Familia. Art. 17 – *Prevención del Abandono*. *En la formulación y ejecución de políticas públicas y programas de fomento a la cultura de paz y solución de conflictos dentro de la familia para la prevención del abandono de niñas, niños y adolescentes, las entidades de atención priorizarán la preservación y el fortalecimiento de los vínculos familiares.*

Ley 548, Art 183. (Atribuciones de la Instancia Técnica Departamental de Política Social). *Las Instancias Técnicas Departamentales de Política Social, dependerán de las gobernaciones y tendrán las siguientes atribuciones: a. Brindar servicios de orientación y apoyo socio-familiar y educativo;*

Ley 548, Art. 188. (Atribuciones). *Son atribuciones de la Defensoría de la Niñez y Adolescencia, las siguientes: t. Brindar orientación, apoyo y acompañamiento temporales a la niña, niño o adolescente; u.*
Derivar a programas de ayuda a la familia, a la niña, niño o adolescente;

Equipo profesional	**Tiempo**
Un equipo transdisciplinario que debe contar con psicólogos, educadores y trabajadores sociales. Debe tener conocimiento sobre el trabajo y la temática de NNASC y los factores de riesgo para la callejización.	Según la evaluación y planificación del apoyo se recomienda un seguimiento de 12 meses continuos, para luego tener un proceso de evaluación que determine la necesidad de continuar con el programa o en su caso replantear el tipo de apoyo.

Criterios para el Alta del Programa

Haber concluido el proceso del programa del programa ambulatorio de reintegración familiar, lo que implica:

- La consolidación de la reintegración familiar de la NNA.
- Desvinculación total de la NNA con los factores de riesgo de situación calle.
- Tener un proyecto de vida trabajado con aspiraciones claras y reales sobre su actividad y rol dentro de la familia, basado en el apoyo de la misma.
- Familia fortalecida como parte de una red social de apoyo y acompañamiento de la NNA.
- Situación de salud estable y si se da el caso siguiendo un tratamiento.

El profesional del programa debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Debe realizarse el seguimiento post-programa para la NNA y su familia.
- No romper el contacto de manera abrupta, para evitar una sensación de abandono en la NNA, tomando en cuenta proceso y tiempos para la desvinculación.

Alternativas de derivación a partir del presente Programa:

Programa de medida de protección

En situaciones en los cuales se presenten de violencias, VIH, identificados a partir del sistema familiar o la comunidad hacia las NNA o el mismo programa y que requieran una medida de protección separada e inmediata, se debe realizar la derivación de la NNA al Programa de medida de protección, donde se hará los procesos de evaluación y análisis, para luego gestionar una alternativa sostenible. El referente del Programa ambulatorio de reintegración familiar debe acompañar el proceso, en la medida que sea posible.

Alternativas de vinculación a partir del presente Programa:

Programa Integral de Apoyo Escolar	Programa de Fortalecimiento y Desarrollo Integral	Programa de abordaje ambulatorio en calle
La Unidad Educativa, en un factor de protección y propicia el apoyo para la NNA.	Vincular a algún programa que sea una alternativa para el uso constructivo del tiempo libre, que propicie una orientación, fortalecimiento y apoyo a la NNA.	Para las NNA que refieren pasar mucho tiempo en el espacio público (por ej. por trabajo), es importante generar un vínculo con este programa, para contar con otra referencia como factor protector y procurar que no se debilite o rompa el nexo con la familia.

Vinculación y Coordinación con el CRVIR

En caso de que se identifiquen en las NNA necesidades o emergencias referidas a su salud sexual y/o reproductiva, VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá coordinar con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo. Además se deberá notificar a la DNA.

PROGRAMA AMBULATORIO DE APOYO A LA INDEPENDENCIA

Actor directo

GAM (Cabeza de sector); SEDEGES; Seguimiento de la DNA.

Objetivo

Lograr una autonomía de vida para las y los adolescentes/ jóvenes con riesgo de ingresar a la vida en calle, mediante un acompañamiento ambulatorio individualizado de soporte y apoyo emocional, en salud, social, laboral, educativo y terapéutico, para lograr la independización holística de la persona a la sociedad de manera sostenible.

Perfil del destinatario

Adolescentes a partir de los 16 años, con características de:

- Trabajadores que cuentan con autonomía económica.
- Demostrar un grado de responsabilidad y habilidades sociales adecuadas para asumir esta forma y alternativa de vida.

Proceso de admisión

- El proceso de vinculación, acercamiento con las y los Adolescentes se realiza a solicitud del programa abordaje preventivo en calle y el programa de fortalecimiento y desarrollo integral.
- Se realiza un diagnóstico y evaluación de cada proceso individual de las y los Adolescentes.
- El programa concerta, de forma conjunta con las y los Adolescentes, una planificación de acciones a realizar para el fortalecimiento, acompañamiento y apoyo del proceso de independización.
- Existe la decisión voluntaria de las y los Adolescentes en ser parte del programa, se lo debe formalizar a través de un documento formal donde se especifique el consentimiento firmado.

Criterios de trabajo metodológico

Adolescentes trabajadores, en muchos casos generan una autonomía e independencia de vida debido a su proceso de socialización y el grado de responsabilidad que han venido asumiendo. Es a partir de esta autonomía (económica y emocional) que una vida de forma independiente pueda constituirse como una alternativa de vida valida; por ejemplo, en casos que existan ciertas dificultades en su entorno familiar. A modo de prevenir un acercamiento al contexto de la calle, es recomendable apoyar el proceso de la independización y lograr de esta manera una estabilidad integral.

- ✓ La vinculación al programa debe venir siempre de otro programa previo, que haya realizado un proceso individual con la persona, y que pueda garantizar que se trate de una decisión seria, que fue trabajada, meditada y preparada adecuadamente.
- ✓ Objetivo central de este programa es la construcción de una red social de apoyo para la persona y que le genere mayores puntos de referencia, más allá del programa como tal. Esto implica el manejo de metodología de trabajo comunitario, conjuntamente con el control de riesgos.
- ✓ El programa debe generar una oferta por su cuenta y aprovechar los recursos y servicios disponibles de actores indirectos, a partir de la coordinación interinstitucional identificar ofertas de fortalecimiento y apoyo en temas de estudio, formación técnica, profesionalización, ofertas laborales, tiempo libre y circulo de socialización, salud (VIH, SIDA y coordinar con el CRVIR), protección, habilidades para la vida en cuanto a la organización de horarios, mantenimiento del espacio de vida, etc.
- ✓ Es indispensable contar con las posibilidades de vinculación con la unidad educativa y sus programas para la formación, como también otros espacios programáticos de tecnificación, profesionalización y apoyo para la integración al mercado laboral.
- ✓ Según la metodología específica y las posibilidades del programa, se debe considerar apoyo temporal en alquiler de un cuarto, apoyo al estudio, alimentación, documentación, y respaldo legal (garantía para alquiler de cuarto).
- ✓ Se debe propiciar el contacto con la familia para fortalecer y apoyar el proceso de la persona, en caso que sea una relación constructiva.
- ✓ Se necesitan una planificación de tiempos y duración del acompañamiento, que prevé la disminución paulatina de los encuentros y del seguimiento.
- ✓ Vincular a la DNA en cada uno de los procesos.

Normativa

Ley 548, Art. 37 – Mantenimiento de la Familia. *III. El Estado a través de todos sus niveles, en coordinación con la sociedad civil, formulará políticas públicas y programas integrales e interdisciplinarios destinados a fomentar la cultura de paz y resolución de conflictos dentro de la familia, previniendo el abandono de la niña, niño o adolescente.*

DS N°2377 (27/05/2015), Derecho a la Familia. Art. 17 – *Prevención del Abandono*. *En la formulación y ejecución de políticas públicas y programas de fomento a la cultura de paz y solución de conflictos dentro de la familia para la prevención del abandono de niñas, niños y adolescentes, las entidades de atención priorizarán la preservación y el fortalecimiento de los vínculos familiares.*

Ley 548, Art 183. (Atribuciones de la Instancia Técnica Departamental de Política Social). *Las Instancias Técnicas Departamentales de Política Social, dependerán de las gobernaciones y tendrán las siguientes atribuciones: a. Brindar servicios de orientación y apoyo socio-familiar y educativo;*

Ley 548, Art. 188. (Atribuciones). *Son atribuciones de la Defensoría de la Niñez y Adolescencia, las siguientes: t. Brindar orientación, apoyo y acompañamiento temporales a la niña, niño o adolescente; u. Derivar a programas de ayuda a la familia, a la niña, niño o adolescente;*

Equipo profesional	**Tiempo**
Un equipo transdisciplinario independiente que debe contar con psicólogos, educadores y trabajadores sociales. Debe tener conocimiento sobre el trabajo y la temática de NNASC (contexto de vida en calle, abordaje en calle, rehabilitación residencial) y cómo estos factores influyen en la vida de las NNASC. Cada profesional puede realizar como máximo el seguimiento de 6 adolescentes de forma paralela.	Según el proceso y la planificación del acompañamiento se recomienda un seguimiento de 18 meses continuos, para luego tener un proceso de desvinculación paulatino de otros 18 meses en función de las características y logros obtenidos en el proceso.

Criterios para el Alta del Programa

Haber concluido el proceso del programa ambulatorio de apoyo a la independencia, lo que implica:

- Desvinculación total de las y los Adolescentes con los riesgos de temática de situación calle.
- Proyecto de vida afianzado y en proceso desarrollo por la o el Adolescente.
- Proceso de independización y de salud (VIH, SIDA si se da el caso) estable.
- Haber construido una red social de apoyo y acompañamiento la o el Adolescente.

El profesional del programa debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Debe realizarse una planificación del seguimiento post-programa de la o el adolescente.
- No romper el contacto de manera abrupta, para evitar una sensación de abandono, pero tomar en cuenta proceso y tiempos para la desvinculación.

Alternativas de derivación a partir del presente Programa:

Programa de medida de protección

En situaciones en los cuales se presenten constantes recaídas por parte de las y los adolescentes y que no se cumplan los objetivos planteados. Así mismo, si en el proceso de independización es víctima de violencias en su contexto social, VIH, y que requieran una medida de protección separada inmediata, se debe realizar la derivación de la o el adolescente al Programa de medida de protección, donde se hará los procesos de evaluación y análisis, para luego gestionar una alternativa sostenible. El referente del Programa ambulatorio para la independización debe acompañar el proceso, en la medida que sea posible.

Alternativas de vinculación a partir del presente Programa:

Programa de Fortalecimiento y desarrollo integral	**Programa Integral de Apoyo Escolar**	**Programa de abordaje ambulatorio en calle**
El programa ambulatorio vinculará a la o el adolescentes con algún programa de fortalecimiento y desarrollo integral, que sea una alternativa para el uso constructivo del tiempo libre, que propicie una orientación, fortalecimiento y apoyo.	Apoyar a la o el adolescente desde su Unidad Educativa, en el marco del proceso de independización y las condiciones que conlleva. El programa integral de apoyo escolar debe propiciar favorecer y fortalecer dicho proceso y constituirse en un factor de protección.	Para las y los adolescentes que refieren pasar mucho tiempo en el espacio público (por ej. por trabajo), es importante generar un vínculo con este programa, para contar con otra referencia como factor protector.

Vinculación y Coordinación con el CRVIR
En caso de que se identifiquen en las NNA necesidades o emergencias referidas a su salud sexual y/o reproductiva, VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá coordinar con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo. Además se deberá notificar a la DNA.

PROGRAMAS RESIDENCIALES DE PROTECCIÓN INSTITUCIONALIZADOS PARA LA PREVENCIÓN INDICADA

PROGRAMA DE MEDIDA DE PROTECCIÓN
Actor directo: DNA.
Objetivo Brindar un espacio transitorio a NNASC que les garantiza la protección integral inmediata, para buscar la alternativa más adecuada según las características familiares e individuales de la NNA.
Perfil del destinatario NNA que se encuentran en alto riesgo de llegar a situación de calle y que hayan sufrido algún tipo de riesgo o violencia aguda (VIH) y requieren de inmediato un espacio de protección separado de su familia.
Proceso de admisión El personal del programa por medida de protección, debe cumplir como base los siguientes criterios. • **Realizar la primera acogida**: Cuando una NNA llega al Programa se hace la acogida, dando la bienvenida e información clara y transparente sobre los procedimientos internos a seguir. Se debe determinar si se trata de una situación de crisis, la cual requiere alguna atención especializada inmediata (salud, pruebas de VIH, emocional y físico). El aspecto más importante en el momento de la acogida, es transmitir a la NNAla confianza necesaria, para que se sienta protegida y segura. • Acompañamiento: Realizar el acompañamiento continuo en todo el proceso y tratamiento interno para la atención integral de la NNA. • Atención con profesionalidad, calidad y calidez: El proceso de atención en el programa por medida de protección debe ser velando el interés superior de la NNA a través de una intervención profesional, con calidad y calidez.
Criterios En el caso de que un NNA requiera de una medida de protección inmediata para poder garantizar su integridad física, emocional y moral, se debe contar con un centro de acogida transitorio, diferenciando sexo y grupos etarios. Por tratarse de una medida de protección inmediata, es importante recalcar el carácter transitorio de la misma, que debe servir únicamente para estabilizar la situación de emergencia o crisis, evaluación de la condición actual del NNA, las necesidades de atención y las opciones alternativas a mediano y largo plazo. • Debe ser un espacio de protección con accesibilidad de 24 horas, 7 días. • El ingreso a este espacio se dará por la referencia del Trabajo de Calle, la Policía, de un Hospital (CRVIR) o a raíz de una actuación por oficio de la propia Defensoría. • Para poder estabilizar a la NNA, se requiere la disponibilidad inmediata de atención psicológica, intervención en crisis, atención en salud física y mental. • Vincular a la familia: es sumamente importante buscar y propiciar el contacto con la familia para que pueda involucrarse en todo el proceso. • Vincular a los programas del proceso ambulatorio calle: Vincular a la persona de referencia (en caso que el ingreso sea a partir de un Programa de prevención), para acompañar, informar, coordinar las alternativas más coherentes y necesarias para las NNA.

- Información y coordinación permanente con los programas: El responsable del programa debe conocer y estar constantemente informado sobre las características, las ofertas, los criterios, el personal de los programas de las diferentes fases. Tener presente siempre el contacto con la persona referente de cada uno de los programas para coordinar el caso de acompañamiento y derivación de una NNA.
- La característica principal de este espacio es lo transitorio, por lo que se requiere un proceso inmediato en los siguientes aspectos:
  - ✓ Evaluación de la condición y situación actual del NNA;
  - ✓ Determinar su situación familiar y opciones de reintegración;
  - ✓ Búsqueda de alternativas institucionales de continuidad;

Criterios de alta

- Tiempo: la acogida circunstancial por norma está limitada a un máximo de 72 horas.
- Haber concluido la evaluación integral de la situación de la NNA, considerando los aspectos de:
  - ✓ Características de la NNA y sus posibles necesidades de atención especializada;
  - ✓ Vínculo familiar y posibilidades de reintegración. Esta debe ser la alternativa prioritaria, sin embargo es necesario realizar una evaluación detallada, para considerar todos los aspectos y factores de riesgo que puedan existir dentro del sistema familiar.
- La NNA está informada de forma clara y honesta sobre los pasos a seguir y presenta voluntad para asumir la alternativa.
- Contar con una alternativa clara y adecuada según la evaluación individual integral, que dé garantías mínimas de permanencia en el programa al cual será derivado.

Normativa	Equipo profesional	Tiempo
Ley 548, Art. 53 (ACOGIMIENTO CIRCUNSTANCIAL). *El acogimiento circunstancial es una medida excepcional y provisional, efectuada en situaciones de extrema urgencia o necesidad en favor de una niña, niño y adolescente, cuando no exista otro medio para la protección inmediata de sus derechos y garantías vulnerados o amenazados.* **Ley 548, Art. *54 – 56***	Se requiere de una atención 24 horas por personal especializado en intervención en crisis y contención emocional para situaciones de emergencia. Además se necesita la disponibilidad de profesionales de psicología, trabajo social, salud y área legal, para poder asumir la evaluación integral, determinar la situación familiar y generar la alternativa adecuada.	La acogida transitoria estipulada por la Ley 548, prevé un tiempo de máximo 72 horas. En casos excepcionales se puede extender esta medida a 30 días, contando con la autorización del juez de NNA.

Alternativas de derivación a partir del presente Programa:

Programa ambulatorio de apoyo a la familia	Programa socio-educativo modelo familiar
Si como resultado de la evaluación integral del programa de medida de protección se da la posibilidad de permanecer con la familia, se debe contar con un acompañamiento y seguimiento de este programa ambulatorio, para fortalecer el vínculo con la familia y generar un entorno protector.	Si en este momento no existen condiciones y garantías de seguridad y protección dentro de la familia, por lo que se hace necesaria la institucionalización en un Centro de acogida. Sin embargo, la familia siempre debe ser participe, tanto de este proceso de derivación, como de seguimiento y acompañamiento mientras la NNA este institucionalizada.

Vinculación y Coordinación con el CRVIR
En caso de que se identifiquen en las NNA necesidades o emergencias referidas a su salud sexual y/o reproductiva, VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá coordinar con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo.

PROGRAMA SOCIO-EDUCATIVO MODELO FAMILIAR
Actor directo SEDEGES – GAM (Cabezas de sector); Instituciones privadas acreditadas y articuladas en Red; Seguimiento de la DNA.
Objetivo Garantizar a los NNA con riesgo de llegar a situación de calle , un espacio protegido de vida institucionalizado de carácter familiar, que permita estabilizarse y desarrollarse a mediano plazo utilizando más que todo herramientas socio-educativas.
Perfil del destinatario • NNA, que por su situación familiar no pueden permanecer con su familia y necesitan un espacio alternativo de vida. Aún no presentan características de la situacionalidad de calle como tal (consumo de SPA, Salud (VIH), estrategias de sobrevivencias en calle, etc.).
Proceso de admisión • Responde a procesos de trabajo previo con las NNA realizado por el programa de medida de protección. • Se realiza un diagnóstico y evaluación de slud y de cada proceso individual de las NNA, identificando la pertinencia de la referencia al programa. • NNA donde no es posible, coyunturalmente, una reintegración familiar. • Cuando una NNA llega al Programa se hace la acogida, dando la bienvenida e información clara y transparente sobre los procedimientos internos a seguir. Se debe determinar si se trata de una situación de crisis, la cual requiere alguna atención especializada inmediata (salud emocional y física). El aspecto más importante en el momento de la acogida es transmitir a la NNA la confianza necesaria, para que se sienta protegida y segura. • Realizar el acompañamiento continuo en todo el proceso y tratamiento interno para la atención integral de la NNA. • Atención con profesionalidad, calidad y calidez, el proceso de atención en el programa debe ser velando el interés superior de la NNA a través de una intervención profesional, con calidad y calidez. • Existe la predisposición y decisión voluntaria de la NNA en ser parte del programa, se lo debe formalizar a través de un documento donde se especifique el consentimiento firmado.
Criterios de trabajo metodológico ✓ Se trata de un espacio residencial para las NNA que no pueden permanecer con su familia, un espacio de vida, lo más próximo a la vida en una familia. ✓ Espacio seguro de acogida residencial con un enfoque socio-educativo, que no tiene una orientación especifica hacia la temática de situación de calle. ✓ Es sumamente importante buscar para las NNA el contacto con un referente familiar y generar un acercamiento. Si bien la orientación debe guiar hacia una reintegración a la familia, no siempre será posible, pero aun en estos casos es muy importante fortalecer el contacto con la familia de manera ambulatoria y de acompañamiento. Esto especialmente, para evitar vacíos de identidad y pertenencia en las NNA a mediano plazo, lo que puede generar la sensación de haber sido abandonado completamente por toda su familia. ✓ Un elemento central será la parte educativa, en cuanto a estudios escolares y/o tecnificación.

Normativa:
Ley 548, Art 183. (Atribuciones de la Instancia Técnica Departamental de Política Social). *Las Instancias Técnicas Departamentales de Política Social, dependerán de las gobernaciones y tendrán las siguientes atribuciones: c. Desarrollar programas de acogimiento temporal; k. Diseñar, implementar y administrar, las guarderías, centros infantiles integrales, centros de orientación y tratamiento a niñas, niños y adolescentes en situación de calle, centros de orientación y tratamiento a niñas, niños y adolescentes, dependientes de alcohol y drogas, víctimas de trata y tráfico;*
Ley 264, Art. 66. (PROGRAMAS DE REEDUCACIÓN, REHABILITACIÓN Y REINSERCIÓN SOCIAL). *I. El nivel nacional y las entidades territoriales autónomas crearán y dirigirán programas de reeducación, rehabilitación y reinserción social dirigidos a niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo social. II. El nivel nacional y las entidades territoriales autónomas, crearán y dirigirán programas de reeducación y rehabilitación social dirigidos a personas drogodependientes y alcohólicas.*
Ley 548, Art 188, Inc. G (Atribuciones de la Defensoría de la niñez y adolescencia).
Llevar un registro del tiempo de permanencia de la niña, niño o adolescente en centros de acogimiento.
Decreto Supremo N°2377, Reglamento a la Ley N°548, Art. 57: *Evaluación de la Medida de protección en centros de acogimiento, Garantizando el carácter de protección a la niña, niño y adolescente en un centro de acogimiento, la Defensoría de la Niñez y Adolescencia coordinará periódicamente con la Instancia Técnica Departamental de la Política Social y los Juzgados Públicos en materia de niñez y adolescencia la valoración bio-psico-socio legal en cada caso, con la finalidad de recomendar a la autoridad judicial el mejor mecanismo de restitución del derecho a la familia. Esta información será requerida por la autoridad judicial cada tres (3) meses.*

Equipo profesional	**Tiempo**
Se requiere de un equipo de trabajo conformado por las áreas de trabajo social, psicología clínica, psicoterapeutas/operadores terapéuticos, psiquiatra, medicina general, pedagogos.	Por tratarse de un espacio de acogida para NNA que no tienen la opción inmediata de ser reintegrados a su familia, no se puede prever un tiempo determinado, ya que la duración del proceso depende de cada situación individual. Sin embargo, es necesario hacer un seguimiento del proceso desde la instancia de protección encargada (DNA), para garantizar que se realicen los trabajos de acercamiento a la familia y la comunidad, apuntando hacia una reintegración y/o vida independiente.

Criterios para el Alta del Programa
Haber concluido el proceso del programa del programa socio-educativo modelo familiar, lo que implica:

- El alta se producirá en el momento en el que se hayan alcanzado total o parcialmente los objetivos establecidos.
- NNA ha desarrollado un manejo adecuado en cuanto a habilidades sociales y la convivencia, además del fortalecimiento de su personalidad que le permita la reintegración.
- Proyecto de vida estable o en proceso y situación de salud (VIH) estable, por la NNA.
- Haber construido una red social de apoyo y acompañamiento de la NNA.

El profesional del programa debe tomar en cuenta lo siguiente:

- El programa debe evaluar integralmente para determinar el alta del programa.
- Debe realizar seguimientos post-programa de la NNA.
- De acuerdo al proceso individual y motivaciones de la NNA, se les debe informar sobre las alternativas a las con cuales se pueden vincular.
- No romper el contacto de manera abrupta, para evitar una sensación de abandono, tomando en cuenta proceso y tiempos para la desvinculación.

Alternativas de derivación a partir del presente Programa:
Programa Ambulatorio de Reintegración Familiar La derivación se efectúa si la NNA cuenta con un vínculo familiar reestructurado y estable para la reintegración familiar. La decisión p de la NNA se realiza de forma libre y voluntaria. El programa ambulatorio fortalecerá este vínculo entre la familia y la NNA y genera apoyo necesario para el mismo.
Programa Ambulatorio para la Independencia Adolescentes que hayan desarrollado y consolidado procesos de independencia, sea o no con el apoyo de su familia. Las y los adolescentes han desarrollado capacidades de autonomía para satisfacer sus necesidades de independización, pero que sin embargo necesitan el acompañamiento del programa ambulatorio para la independencia.
Vinculación y Coordinación con el CRVIR En caso de que se identifiquen en las NNA necesidades o emergencias referidas a su salud sexual y/o reproductiva, VIH, SIDA, TB o se encuentre en la cadena de riesgo del VIH se deberá coordinar con el servicio CRVIR para su atención integral en sus problemáticas de salud específica, iniciar o adherirse al tratamiento respectivo.

MECANISMOS DE DERIVACIÓN Y VINCULACIÓN

Un aspecto muy importante es que las derivaciones y vinculaciones se realizan de programa a programa, evitando que la NNASC quede fuera de la red de atención. Ya que sino es así, y se realizararía de espacio físico a espacio físico, no tendría referencia directa ni continuidad programática en los procesos individuales, y los espacios correrían el riesgo de convertirse en depositarios de NNA

PROCESO DE DERIVACIÓN

Es solo a partir de una estructura de coordinación y articulación que se logrará operativizar la presente Ruta Crítica, a través de criterios metodológicos mínimos que se deben cumplir para la atención y prevención del VIH, SIDA en niñas, niños y adolescentes en situación de calle.

Se requiere estratégicas de coordinación y trabajo en conjunto, donde los momentos de transición de un programa a otro deben realizarse de manera estructurada y con la información adecuada, que le permita al programa que deriva tener la seguridad que se siga dando atención a la NNASC que vive con el VIH, además de contar con un registro formal de que se ha concluido el trabajo en su programa. Por otro lado, el programa que recibe la derivación, debe contar con la información previa necesaria, para no tener que empezar de cero con el análisis de la situación, historia, motivos de salida de su casa, motivación para dejar la calle y dar continuidad al proceso.

Herramienta de referencia	Herramienta de contrareferencia
La Herramienta de referencia debe ser elaborada por el Programa de origen, y será entregada al personal del programa de destino en forma escrita, en el momento de la derivación. **Todo proceso de derivación debe ser informado a la DNA** (instancia que debe realizar el seguimiento al proceso de las NNA dentro de los programas). Debe contemplar mínimamente la siguiente información: • Datos personales de la NNASC. • Documentación existente (Certificado de nacimiento, CI, libreta escolar, etc. en original y/o fotocopia). • Situación familiar y contacto (si hubiera). • Situación en la cual fue recibido en el Programa. • Resumen de la historia de la NNASC (antes, durante y después de su situación de calle). • Descripción del proceso de trabajo dentro del programa. • Evaluación psicológica, social y de salud física (implica consumo de drogas, enfermedades que se hayan tratado en el programa, etc.). • Evaluación de salud (VIH, SIDA). • Persona de referencia dentro del programa. • Programa de la Fase I de referencia (por más que sea una derivación de la Fase II a la III, es importante, conocer el programa y la persona de referencia desde la Fase I, en caso que hubiera una recaída). • Recomendaciones generales. • Firma, Sello y contacto de la persona responsable del programa.	La Herramienta de contrareferencia se utiliza en el caso de tener una recaída de la NNA. Debe ser elaborada por el Programa de acogida actual, y será entregada al programa de referencia de la Fase I, con el fin de reestablecer el contacto lo más rápido posible con la NNASC en la calle. **Todo proceso de recaída debe ser informado a la DNA** (instancia que debe realizar el seguimiento al proceso de las NNA dentro de los programas). Debe contemplar mínimamente la siguiente información: • Datos personales de la NNASC. • Proceso realizado en el programa y grado de avance en el mismo. • Situación que se sospecha que haya sido la causa para la recaída. • Situación integral de salud (VIH, SIDA). • Recomendaciones para establecer el contacto (temas que tocar, temas que evitar).
Criterios para la NNASC • Estar consciente y tener participación en la derivación. Es imprescindible respetar la voluntad de la NNA en los procesos de derivación, ya que un accionar en contra de su voluntad llevará a un muy probable abandono del programa. • Contar con la información clara, transparente y honesta, referente a lo que implica la derivación. • Haber concluido el proceso y objetivo del programa de origen. • Cumplir los criterios del perfil de destinatario del programa de destino.	

PROCESOS DE VINCULACIÓN

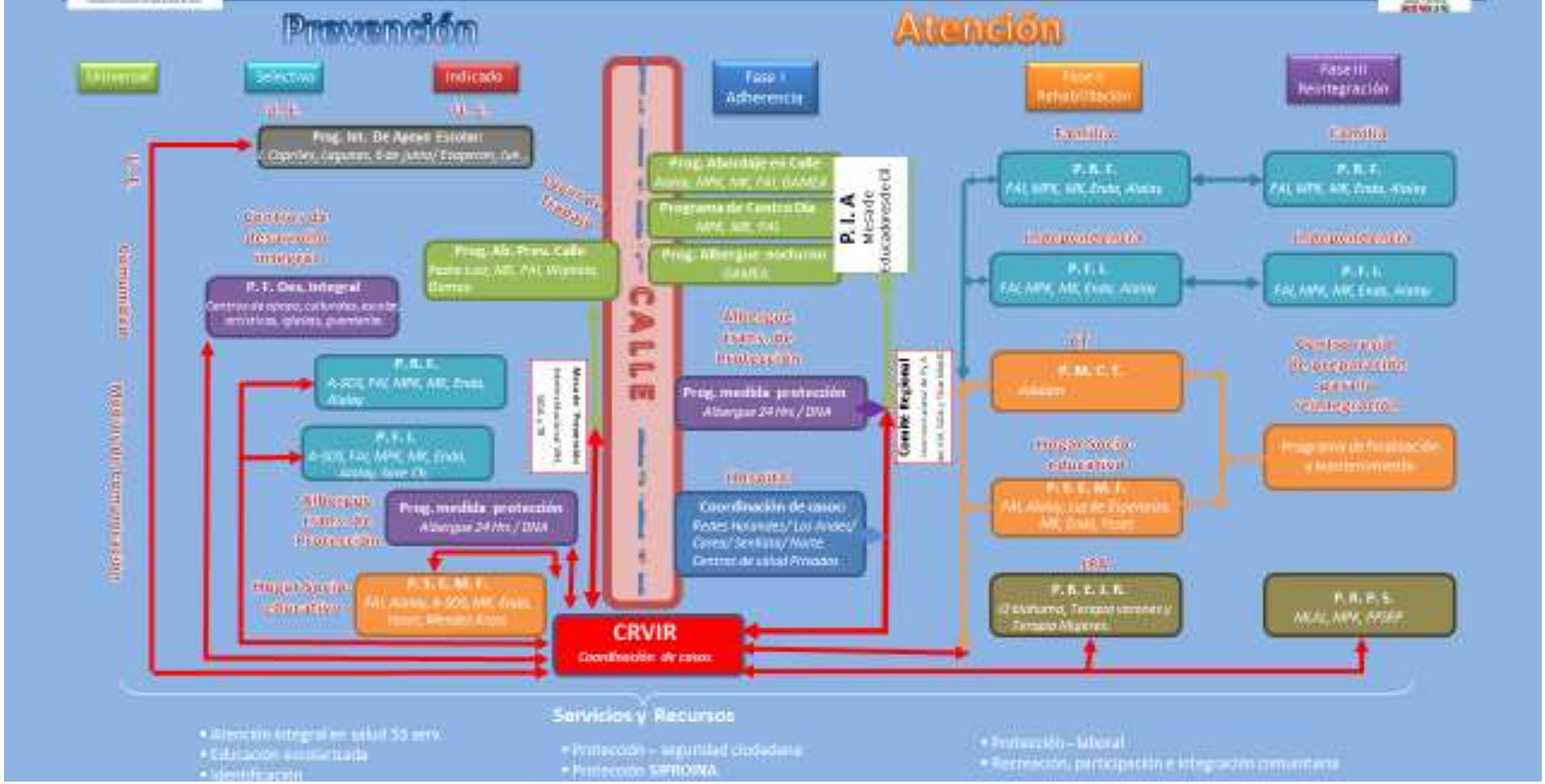
Se busca canalizar un aporte adicional al fortalecimiento del proceso individual de la persona, a partir de otro programa, sin finalizar el apoyo desde el programa actual. Esto dará mayor apoyo y colaboración adicional desde una temática especifica que no genere el actual programa, el cual sigue contactando y trabajando con la NNA. En la vinculación no se procura un cambio del espacio físico de permanencia de la NNA, ni tampoco un traspaso de tutela o responsabilidad legal por la NNA.

La vinculación entre programas se da específicamente en la Fase I de la atención entre los programas que contactan y atienden a las NNASC desde el espacio físico de la calle. Pero por otro lado en **toda la estructura de la Prevención** es importante procurar la **vinculación** hacia diferentes programas de fortalecimiento y apoyo a la NNA y su familia, que tenga como fin el aumento de factores de protección y la reducción de los factores de riesgos.

En la vinculación es importante, que cada programa trabaje desde una especialidad, para evitar una duplicidad de esfuerzos de parte de diferentes programas. Esto significa que en la prevención por ejemplo, un Programa apoya a la NNA desde la Unidad Educativa, mientras el otro programa trabaja apoyando a su sistema familiar, y en su tiempo libre tiene el fortalecimiento desde un Programa de un Centro de desarrollo integral. Debe haber coordinación y comunicación entre los tres programas, para tener claridad sobre las temáticas de apoyo y fortalecimiento de cada uno, además de compartir los análisis y evaluaciones específicos desde el área de trabajo, en cuanto tenga relevancia para el otro programa.

RUTA CRÍTICA GENERAL

Red de Prevención y Atención de VIH, SIDA y TB para NNA en Alto Riesgo y NNA en Situación de Calle



IMPLEMENTACIÓN DE LA RUTA CRÍTICA

- La implementación de la presente Ruta Crítica constituye una expresa responsabilidad del "*Sistema Plurinacional de Protección Integral de la niña, niño y adolescente*", y los servicios que la complementan, en este sentido el de Salud. Los cuales reciben este mandato directamente a partir del Código NNA, ley 548. Este aspecto es importante, para no generar la impresión que se trata de una estructura aislada, sino más bien, la Ruta Crítica es una herramienta que sirve de base en el trabajo con NNASC y el VIH, SIDA, además representa una respuesta específica para una temática concreta.
- Para generar mayor representatividad de la Ruta Crítica, se requiere que sea a partir del SEDES y SERES el cual promueva que ésta Ruta Crítica sirva de base para el trabajo interinstitucional en ésta temática.
- Tanto en la Red de Atención, como en la Red de Prevención, es importante implementar la Ruta Crítica a partir de los recursos, programas y servicios que ya existen. La institución responsable y como cabeza de sector de cada programa debe garantizar la existencia del mismo, lo que no significa necesariamente la implementación directa.
- La implementación debe ser un proceso gradual,
- Los programas de prevención, como de atención, deben estar articulados en Redes y espacios de coordinación, aprovechando estructuras ya conformadas en los diferentes contextos locales. Tal es el caso de la Mesa Municipal de Educadores de Calle y el Comité Regional para la prevención y atención de VIH, SIDA en NNASC.
- El involucramiento de la DNA es necesaria en todos los procesos a desarrollarse.

BIBLIOGRAFÍA

- Arévalo Barea, Arturo Raú

- I, Alarcón Terán, Heidy, & Arévalo Salazar, Dory Esther. (2015). MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN TUBERCULOSIS; LO CONVENCIONAL Y LOS AVANCES TECNOLÓGICOS EN EL SIGLO XXI. *Revista Médica La Paz*, *21*(1), 75-85. Recuperado en 16 de abril de 2019, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000100011&lng=es&tlng=es.

- Brasesco, María Verónica. (2011). NIÑOS DE LA CALLE: BUENOS AIRES SXXI. *Ciencias Psicológicas*, *5*(1), 7-18. Recuperado en 15 de abril de 2019, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212011000100002&lng=es&tlng=es.

- Centro para el control y la prevención de enfermedades [CDC]. (2018). *Enfermedades de transmisión sexual.* Disponible el 10 de abril de 2019 en: https://www.cdc.gov/std/spanish/vih/stdfact-hiv-and-stds-s.htm

- Domic R., J. (1999). *Niños trabajadores la emergencia de nuevos actores sociales.* Editorial OFFSET Boliviana Ltda. La Paz- Bolivia

- InfoSIDA. (2019). *Información sobre tratamiento, prevención e investigación del VIH/SIDA*. Estados Unidos. Disponible el 9 de abril del 2019 en: https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids

- INMUJERES. (2016). *Ruta Crítica para la atención integral y coordinada de las mujeres víctimas de violencia de género en el estado de San Luis Potosí.* México. Recuperado el 2 de abril de 2019 de: http://imes.gob.mx/wp-content/uploads/2017/01/Ruta-cr%C3%ADtica-SLP-final.pdf

- Ley N° 548; Código Niña, Niño, Adolescente. Bolivia, 2014.

- Ley N° 3729; Prevención del VIH y SIDA y Protección a las PVVS de Bolivia. Bolivia. 2007

- Lora F., María Elena. (2014). Las adolescencias: (ENSAYO). *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, *12*(2), 308-315. Recuperado en 16 de abril de 2019, de

- http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612014000200008&lng=es&tlng=es.

- Lazo V., Dilsen y Losantos. V., Marcela. (2017). *Estrategias de afrontamiento y adherencia al tratamiento en adolescentes y jóvenes VIH (+) que viven en situación de calle. La Paz. Bolivia.*

- Maya Paya Kimsa. (2009). *Salud para las niñas, niños y adolescentes en situación de calle.* Bolivia.

- Maya Paya Kimsa. (2011). *El educador.* Bolivia.

- Ministerio de Educación - Escuela de Gestión Pública. (2018). *Estrategia de formación y capacitación del Sistema Plurinacional Integral de la Niña, Niño y Adolescente en Situación de Calle.*

- Ministerio de Salud. (2013). *La Política SAFCI, su estrategia de promoción de la salud y racticas alimentarias saludables.* Recuperado el 9 de Abril de 2019 de: http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_intervencion/safci.pdf

- Mollericona Pajarito, Juan Yhonny. (2015). Pandillas juveniles en La Paz: entre la transgresión y el delito. *Tinkazos*, *18*(38), 71-88. Recuperado en 16 de abril de 2019, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-74512015000200005&lng=es&tlng=es.

- Montoya A., Carlos. (S/F). *Aplicación del concepto de riesgo en salud maternoinfantil.* Chile. Recuperado el 1 de abril de 2019 de: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10758/v77n2p93.pdf?sequence=1

- OMS. (2018). *Definición de enfermedad.* Disponible el 16 de abril de 2019 en: https://tratamientoyenfermedades.com/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/

- SEDES. (2019). *Principios y Valores.* Extraído el 10 de abril de 2019 de:

https://www.sedeslapaz.gob.bo/sedes-lp/prinvalores

- SIPI. (2011). Programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural [SAFCI]. Disponible el 7 de abril de 2019 en: www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/.../programa-de-salud-familiar-comunitaria-e-intercultural

- Suárez Lugo, Nery. (2010). La salud como resultado del consumo. Revista Cubana de Salud Pública, 36(4), 322-329. Recuperado en 7 de abril de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400006&lng=es&tlng=es.

- UNICEF. (2013). Maternidad en la niñez. Recuperado el 9 de abril de 2019 de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SP-SWOP2013.pdf

- UNICEF. (2014). *Diagnóstico Situacional de Niñas, Niños y Adolescentes en situación de calle a nivel Nacional (*pp. 3 – 23). Bolivia.

- Viceministerio de Seguridad Ciudadana – UNICEF; Niñas, niños y adolescentes entre la violencia y la invisibilidad diagnóstico situacional de niñas, niños y adolescentes en situación de calle a Nivel nacional. Bolivia. 2014.

- Viceministerio de Seguridad Ciudadana – UNICEF; Niñas, niños y adolescentes entre la violencia y la invisibilidad diagnóstico situacional de niñas, niños y adolescentes en situación de calle, El Alto. Bolivia. 2014.

- Viceministerio de Defensa Social y Sustancias Controladas (2015). Instituto Nacional de Estadística. Red Nacional por la Defensa de los Derechos de la Niñez y Adolescencia en Situación de Calle. Censo de Personas en Situación de Calle La Paz - Bolivia.

- Viceministerio de Seguridad Ciudadana (2016). Protocolo para la Prevención y Atención a Niñas, Niños y Adolescentes en Situación de Calle. La Paz - Bolivia.

ANEXOS

ANEXO 1. *Espacio Fìsico – Pernocte y la dinámica de calle.*

Vivencia total en Calle	Cuarto – Calle ("Situación de calle bajo techo")	Personas con antecedentes de situación de Calle	Familia – Calle
Permanencia 24 horas del dia en la calle (pernocte, vivencia, etc.), con pernocte eventual en alojamientos, albergues, familia, amigos, videos, cafés de internet, cajeros automáticos, baños públicos, etc.	Alquilan un cuarto por mes, pero siguen la misma dinámica de los grupos en situación de calle (consumo, delincuencia, etc.).	Personas en instituciones (centros de rehabilitación, comunidades terapéuticas, comunidades educativas, centros de justicia penal juvenil, hospitales, etc) que tienen experiencia de vida en calle, y lleven en el programa no más 1 año continuo.	Viven con sus familias, pero demuestran cercanía constante con grupos de calle.
Por no contar con una vivienda estable, habitan en alojamientos o residencias pagados por noche, semana o mes por ellos mismos o, en albergues temporales	Equipan sus cuartos con artefactos (cocina, cama, catre, TV, DVD, etc.).		
	Prestan sus cuartos para pernocte eventual a compañeros en situación de calle.		
	Algunos trabajan, pero mantienen la misma dinámica de consumo y relación con el grupo calle.		

El Anexo 1, permite la diferenciación de espacios y dinámica en la que una persona en situación de calle puede estar. Se puede apreciar que, el espacio físico puede llegar a cambiar, sin embargo, la dinámica continúa.

ANEXO 2. Procesamiento de información diagnóstica

Uno de los objetivos de la intervención psicosocial en calle es que los NNASC, dejen la calle como espacio de vulneración de derechos y accedan a espacios de protección integral promoviendo una mejor calidad de vida y salud. El diagnóstico psicosocial, debe ser utilizado como unidad de análisis y síntesis de una situación-problema, para este caso, tendrán que ver con factores que restringen el libre ejercicio de acceso a la salud y tratamiento y orientación respecto al VIH, SIDA, ITS y TB.

Para lograr este propósito, se realiza la identificación de instancias competentes que efectúen acciones que garanticen la atención y prevención en salud de NNA y son descritos a continuación:

Actores participantes identificados:

- ✓ *Los Centros de Información y Referencia (CVIR),* a nivel Departamental denominado: CDVIR La Paz, y a nivel Regional: CRVIR EL ALTO, están encargadas en la Prevención y Atención de los NNASC con VIH/SIDA en alto riesgo y vulnerabilidad prestan servicios de atención a las personas afectadas por las ITS y el VIH/SIDA y suministro medicinal para su tratamiento. Coordinan con el Programa ITS, VIH – SIDA del Min.Salud y SEDES La Paz - Programa Departamental ITS/VIH/SIDA, dependiente de la unidad de Epidemiología

- ✓ *El Servicio Regional de Salud EL ALTO - SERES,* Institución Pública desconcentrada, dependiente del Servicio Departamental de Salud La Paz, implementa el Plan Sectorial de Salud del Departamento de La Paz, en el marco de la Constitución y la Política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia Política (SAFCI).

- ✓ *La Defensoría de la Niñez y Adolescencia,* cuya atribución será derivar a programas especializados para la atención de la niña, niño o adolescente en situación de calle.

- ✓ *Programa de Salud Familiar comunitaria e intercultural – SAFCI,* es la política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia, que se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer salud. Esta complementación y articulación se da en base a sus organizaciones en la Gestión Participativa – Control Social y la Atención Integral Intercultural de la Salud.

- ✓ *Educador o capacitador*, recurso humano capacitado (educador) y sensibilizado, que ofrece una atención integral, universal, e interdisciplinaria, con un sistema de vigilancia y control eficaz, eficiente y de calidad para las ITS/VIH/SIDA.

De esta manera, se evidencia al Servicio Regional de Salud El Alto (SERES) como la instancia superior de guía junto al Gobierno Autónomo Departamental (Secretaría de Desarrollo Humano/Instancia Técnica de Política Social), que además cuentan con el apoyo de Instituciones privadas acreditadas y articuladas en Red (Mesa de educadores) con objeto de: Generar un acercamiento proactivo y no-invasivo hacia los espacios de socialización y permanencia de NNASC, para iniciar un contacto y una relación humana que propicie la participación en las actividades de los diferentes programas, con el fin de iniciar un seguimiento y proceso individual de adherencia bajo la decisión voluntaria de las y los NNASC restituyendo sus derechos, particularmente en el ámbito de salud.

De esta manera, se puede considerar al diagnóstico como paso previo a la intervención psicosocial ya que se recoge las percepciones positivas y negativas que se evalúan y junto

a las y los interesados para proponer soluciones y actuar con eficacia. En este sentido, todo diagnóstico social se convierte en uno de los primeros pasos para un proceso de planeación o proyecto en la medida que a través de él se puede tener un conocimiento real y concreto de una situación sobre la que se va a intervenir (Betzaida, 2009).

En este caso, el presente diagnóstico psicosocial está estructurado a partir de la necesidad de la implementación de una Ruta Crítica para la prevención y atención de VIH, SIDA y TB en población situación calle. Este proceso diagnóstico fue realizado a partir de la identificación de problemáticas a nivel situacional (las y los usuarias(os)) y a nivel institucional (actores que se hallan en el trabajo indirecto o directo con NNASC), así, se logra recopilar los elementos y aspectos integrantes de la realidad de la situación de calle, misma que es vinculada a la normativa nacional. Asimismo, convergen en estas formas de intervención la significación sociocultural que la comunidad le asigna a la problemática; cómo todos estos discursos, científicos, legales y sociales, pues son las respuestas desde diversas organizaciones e instituciones de la sociedad que vislumbran los objetivos y metas que se buscan concordar.

Para lograr lo mencionado previamente, se realiza un proceso sistemático y metodológico que permita un análisis neutral y efectivo, así, el presente documento se realizó a partir de:

Marco Metodológico: El diagnóstico se realizó a partir de la metodología cualitativa – descriptiva, basada en las siguientes herramientas: la Observación participante y entrevistas semi-estructuradas, datos que se pudieron exponer tras la realización del Análisis de contenidos, como una técnica común en investigaciones de las ciencias sociales.

En ese entendido, el tratado de los datos se procesó mediante la identificación y relación de cognemas significantes para cada caso. Se buscó indagar los aspectos significativos desde la propia experiencia de los actores y usuarios que se presentan como parte de la problemática en salud, entre los que se encontraban educadores de calle y coordinadores de equipos técnicos que conocen la dinámica de la población, las mimas metodologías y su evaluación de impacto, las y los usuarias(os) e investigaciones anteriores, junto a diagnósticos y material audiovisual, así como la participación y observación directa de los investigadores.

Así, en general, se logró evidenciar datos correspondientes a la percepción de trato en calidad y calidez de los servicios de salud, las problemáticas familiares por el rechazo de estas hacia personas portadoras del VIH, los estereotipos o estigmas sociales, tanto de

familia, amigos o grupo de pares, comunidad como de servidores en centros de salud, asimismo, problemáticas en la adherencia al tratamiento, falta de compromisos con las citas, falta de interés por la vida propia, entre otros. A estas se suman ciertas políticas relacionados a la problemática y su relación con las metodologías de intervención en NNASC, la gestión/coordinación interinstitucional (actores/participantes y competencias), oferta de insumos, servicios, el acceso a esos servicios.

Las pruebas de validez y fiabilidad de resultados se manifiestan a través de la triangulación de algunos resultados cuantitativos y el cruce de datos interinstitucionales, así como reuniones con actores que aprueban y/o sugieren cambios respecto a la propuesta.

Por tanto, Las fases del proceso diagnóstico son:

- *Fase de organización*, se ha realizado la revisión bibliográfica teórico-práctica, que ha permitido la construcción de la herramienta de recojo de información (entrevista en profundidad y semi-estructuradas).
- *Fase de recojo de información*, se aplicaron entrevistas a usuarios y a actores claves que forman parte de la problemática (representantes institucionales), observación participante y datos de material audiovisual.
- *Fase de análisis*, se ha realizado el procesamiento de la información utilizando una metodología cualitativa – descriptiva mediante la técnica de análisis de contenido y de discurso.
- *Fase de elaboración del diagnóstico y definición de la estructura*, éstas han sido realizadas a partir de la información obtenida de los diferentes discursos, la interpretación y evaluación de los mismos y del apartado teórico – práctico.

El Alto - Bolivia