



UAC Batallas

Plan de Intervención para la mejora de la salud de las familias de la Bahía de Cohana:

Proyecto Comunitario de Salud Integral

## “Cohana con Vida Sana”

En la Provincia Los Andes, Bahía de Cohana - Lago Titicaca

Red de Salud Rural No 5 - Servicio Departamental de Salud de La Paz



International Resources Group

Luciana Laruta Salazar

Julio  
2010

---

**Plan de Intervención para la mejora de la salud de las  
familias de la Bahía de Cohana:**  
**Proyecto Comunitario de Salud Integral**  
**“Cohana con vida sana”**  
**En la Provincia Los Andes, Bahía de Cohana – Lago Titicaca**  
**Red de Salud Rural No 5 – Servicio Departamental de Salud de La Paz**

**La Paz – Bolivia**  
**Julio - 2010**

---

## Contenido

<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>2. ANTECEDENTES.....</b>	<b>6</b>
2.1 LA SITUACIÓN Y EL SISTEMA DE SALUD EN BOLIVIA .....	6
2.2 EL MODELO ACTUAL DE SALUD: LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL (SAFCI) .....	8
2.3 LA SALUD EN LAS COMUNIDADES DE LA BAHÍA DE COHANA .....	9
<b>3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO SALUD COMUNITARIA .....</b>	<b>11</b>
3.1. POBLACIÓN BENEFICIARIA DIRECTA EN LOS MUNICIPIOS PRIORIZADOS.....	11
3.2 POBLACIÓN BENEFICIARIA INDIRECTA .....	12
3.3 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE LOS MUNICIPIOS .....	12
3.4 OBJETIVOS.....	12
3.5 RESULTADOS ESPERADOS .....	13
3.6 MODELO PROGRAMÁTICO .....	13
3.7 LÍNEAS PROGRAMÁTICAS Y ESTRATÉGICAS .....	15
3.7.1 COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO .....	15
3.7.2. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA.....	17
3.7.3. ESCUELAS SALUDABLES.....	19
3.7.4. SANEAMIENTO BÁSICO .....	20
3.7.5. MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD. ....	26
3.8 SOSTENIBILIDAD.....	29
3.9 ENFOQUES.....	30
<b>4. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO “COHANA CON VIDA SANA” .....</b>	<b>33</b>
<b>5. CRONOGRAMA TENTATIVO .....</b>	<b>33</b>
<b>6. PRESUPUESTO ILUSTRATIVO .....</b>	<b>34</b>

---

## Glosario de términos

<b>ALS</b>	<b>Autoridad Local de Salud</b>
<b>AIEPI</b>	<b>Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia</b>
<b>BCG</b>	<b>Bacilo de Calmette y Guerin</b>
<b>BK</b>	<b>Bacilo de Koch</b>
<b>CAI</b>	<b>Comité de Análisis de Información</b>
<b>CAI-C</b>	<b>Comité de Análisis de la Información Comunitario</b>
<b>CCC</b>	<b>Comunicación para el Cambio de Comportamiento</b>
<b>CSI</b>	<b>Carnet de Salud Infantil</b>
<b>DILOS</b>	<b>Directorio Local de Salud</b>
<b>DOTS</b>	<b>Directly Observed Treatment Short course</b>
<b>EDA</b>	<b>Enfermedad Diarreica Aguda</b>
<b>ENDSA</b>	<b>Encuesta de Demografía y Salud</b>
<b>INE</b>	<b>Instituto Nacional de Estadística</b>
<b>IRA</b>	<b>Infecciones Respiratorias Agudas</b>
<b>ITS</b>	<b>Infecciones de Transmisión Sexual</b>
<b>MEF</b>	<b>Mujeres en Edad Fértil</b>
<b>MSD</b>	<b>Ministerio de Salud y Deportes</b>
<b>OCM</b>	<b>Organización Comunitaria de Mujeres</b>
<b>OPS</b>	<b>Organización Panamericana de la Salud</b>
<b>POA</b>	<b>Plan Operativo Anual</b>
<b>RN</b>	<b>Recién Nacido/a</b>
<b>SAFCI</b>	<b>Salud Familiar Comunitaria Intercultural</b>
<b>SEDES</b>	<b>Servicio Departamental de Salud</b>
<b>SNIS</b>	<b>Sistema Nacional de Información en Salud</b>
<b>SR</b>	<b>Sintomático Respiratorio</b>
<b>SRO</b>	<b>Sales de Rehidratación Oral</b>
<b>SUMI</b>	<b>Seguro Universal Materno Infantil</b>
<b>TB</b>	<b>Tuberculosis</b>
<b>TRO</b>	<b>Terapia de Rehidratación Oral</b>

---

## 1. INTRODUCCIÓN

El equipo de trabajo para el desarrollo del “Diagnóstico de Salud de la Población de la Bahía Cohana y Elaboración del Plan de Intervención para mejorar la salud” ha elaborado el presente proyecto que propone la implementación de un plan de Intervención para la mejora de la salud de las familias de Bahía Cohana en el marco del trabajo asignado por IRG a la UAC de Batallas bajo el contrato EPP-1-00-04-00024-00, TO05.

Se incluye en este documento el diseño del proyecto de intervención basado en los resultados y en las recomendaciones del estudio diagnóstico previo en las poblaciones asignadas.

Al entregar este documento, el equipo de trabajo hace pública su gratitud y expresa la satisfacción por el apoyo recibido de parte de las instituciones que intervienen en este proceso: los funcionarios de IRG tanto en las oficinas centrales como en el campo, las autoridades de la Red de Salud de la Provincia Los Andes, los responsables y personal de los servicios de salud públicos, los agentes comunitarios de salud y las autoridades de las comunidades.

RP Richard Cenker  
Lic. Luciana Laruta Salazar

Batallas, La Paz, julio 2010

---

## 2. ANTECEDENTES

### 2.1 La situación y el sistema de salud en Bolivia

El Estado plurinacional de Bolivia cuenta con una población estimada para el 2009 de 10 millones de habitantes. Política y administrativamente el país está dividido en nueve departamentos y 327 municipios.

Según el último censo realizado en 2001, cerca del 60 por ciento de la población se auto-identificó como indígena, perteneciente a 37 grupos étnicos reconocidos. Los aimaras y quechuas constituyen la mayor parte de la población boliviana. El 37 por ciento de la población general vive en áreas rurales, de los cuales el 75 por ciento se considera indígena, el 61 por ciento de la población habla castellano y en áreas urbanas.

No existe información específica con respecto a la salud en las poblaciones indígenas

Ha existido mejora en los indicadores importantes en los últimos 20 años, como muestra la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), a pesar de ello Bolivia se sitúa en el segundo lugar después de Haití en referencia a los peores indicadores de salud en América Latina. La esperanza de vida al nacer alcanza a 65 años. La mortalidad materna e infantil son las más altas de la región. Las enfermedades transmisibles como la malaria, la enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana) y la tuberculosis son endémicas, y junto al VIH-SIDA y otras enfermedades como el dengue, y ahora la influenza pandémica, representan una gran carga social y económica. Bolivia atraviesa por una fase de transición epidemiológica donde las enfermedades crónicas y degenerativas como el cáncer se hacen cada vez más prevalentes.

Bolivia es uno de los países más pobres de América Latina con un 65 por ciento de su población viviendo en la pobreza. De acuerdo a indicadores socioeconómicos, la pobreza es más aguda y extrema entre los grupos indígenas y en las zonas rurales, donde la situación ha empeorado y las inequidades se han incrementado en los últimos años.

A pesar de que las zonas rurales cuentan con servicios de salud públicos, estos no responden adecuadamente a las necesidades de los más pobres y excluidos. De acuerdo con un estudio sobre Bolivia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la población rural no tiene acceso a servicios adecuados debido a diversos factores como el analfabetismo principalmente entre las mujeres, la pobreza, las barreras geográficas, las desigualdades de género, la discriminación histórica de los indígenas, y las viviendas inadecuadas; contribuyen también con la exclusión las dificultades del sistema, como la incapacidad de resolver los problemas de salud, la cobertura limitada, los cambios

---

frecuentes de personal y la incapacidad de los proveedores de servicios de salud en resolver problemas básicos, así como las percepciones culturalmente diferentes en cuanto a la atención de la salud.

El sistema de salud boliviano está integrado por el sector público, la seguridad social, y el sector privado. El sector público ofrece programas dirigidos a las madres, niños y ancianos pero cuenta con escasos recursos humanos y una capacidad muy limitada para atender los problemas de salud. De acuerdo con el Anuario Estadístico del Sistema Nacional de Información en Salud de 2007, en las zonas urbanas existen 3.6 médicos por cada 10,000 personas mientras que en las zonas rurales la proporción es de 1.3 por 10,000 personas bastante dispersadas. La seguridad social beneficia sólo a aquellos que trabajan en el sector formal, y ofrece cobertura contra enfermedades, atención prenatal y al recién nacido, atención infantil así como contra riesgos ocupacionales. El sector privado es pequeño y está integrado por médicos privados y clínicas administradas por las iglesias y otras organizaciones no gubernamentales. La medicina tradicional, la cual es importante en Bolivia, se encuentra en esta categoría.

Los servicios de salud están estructurados en tres niveles según la complejidad de la atención médica que brindan. El primer nivel o punto de entrada al sistema está conformado por establecimientos básicos de salud (50.5 por ciento) donde auxiliares de enfermería brindan programas de promoción de salud, atención preventiva, y servicios de salud básicos, así como por centros de salud (42.4 por ciento) que cuentan con un médico y una enfermera que se ocupan de la promoción de salud, y de ofrecer atención preventiva y atención a pacientes. Este primer nivel representa el 93 por ciento del total de los servicios de salud en Bolivia y casi la totalidad de los establecimientos de salud en zonas rurales.

El segundo nivel, existente mayormente en las zonas urbanas, representa el 5.2 por ciento del total de establecimientos de salud y está integrado por hospitales básicos que ofrecen atención médica general y cuatro especialidades: pediatría, ginecología, cirugía general y traumatología. El tercer nivel, integrado por hospitales generales y hospitales especializados en la ciudad cabecera de cada departamento (1.9 por ciento del total de los establecimientos de salud), es atendido por médicos, enfermeras y especialistas (por ejemplo, cardiólogos, neurólogos, urólogos, psiquiatras, etc.). Esta distribución desigual de los servicios de salud explica algunas de las disparidades entre las poblaciones urbanas y rurales ya que las regiones rurales y comunidades remotas no tienen acceso a los servicios de segundo o tercer nivel.

Bolivia ha comenzado a emprender acciones importantes tendientes a eliminar las inequidades relacionadas con la cobertura y el acceso a los servicios de salud. La actual política de salud promueve la mejora de la calidad y el acceso a los servicios, la participación comunitaria, la interculturalidad, la toma de decisiones por parte de la población en la definición de las políticas de salud, la planificación, ejecución, monitoreo,

---

supervisión y evaluación a nivel local y un enfoque centrado tanto en los determinantes como en los condicionantes de la salud, entre otros. La “Desnutrición cero” se ha transformado en la gran meta de la nueva gestión.

El principal desafío de los distintos actores del sistema de salud es poner en práctica las políticas sobre una base de equidad. Para lograr este desafío, siete medidas clave son urgentes de ser implementadas en el sector salud:

1. Ampliar la cobertura de los servicios de atención primaria en salud
2. Reducir la desnutrición infantil, especialmente en los niños menores de 2 años, y la anemia en las mujeres embarazadas.
3. Reducir la incidencia y morbilidad de las enfermedades prevalentes como la tuberculosis.
4. Mejorar el funcionamiento de la red de servicios de salud y su articulación con las redes sociales.
5. Mejorar y rehabilitar los sistemas de abastecimiento de agua.
6. Mejorar el conocimiento y las capacidades de los estudiantes sus familias y comunidades con respecto a mejores prácticas para una mejor salud.
7. Mejorar la participación comunitaria e intersectorial.
8. Integrar las acciones de salud en relación a la política nacional de salud familiar comunitaria e intercultural

## **2.2 El Modelo Actual de Salud: La Salud Familiar Comunitaria intercultural (SAFCI)**

El objetivo del Plan Nacional de Salud es eliminar la exclusión social en salud, a través de la implementación del Sistema Único Comunitario Intercultural de Salud, que asume el principio de la participación social en la toma de decisiones en todos sus niveles de gestión y atención de la salud de bolivianos/as como un Derecho Fundamental que el Estado garantiza.

El Ministerio de Salud y Deportes (MSyD) de la República de Bolivia considera que las mejoras en la salud tienen que ver con múltiples aspectos, que se expresan en la política pública de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Política que moviliza las “energías” de la persona, en su relación de interdependencia con la familia y la comunidad, para que de forma conciente organizada y autónoma intervengan en la resolución de los problemas de salud. Este enfoque se basa en el reconocimiento a las diferencias culturales y un relacionamiento horizontal entre culturas.

Así, la salud familiar comunitaria intercultural se constituye en la nueva forma de hacer salud en el “Sistema Nacional de Salud”. En esta nueva forma de hacer salud el equipo de salud, la comunidad y sus organizaciones implementan la Gestión Compartida de la Salud y la Atención de la Salud en el establecimiento, en el domicilio y en la comunidad.

---

Este instrumento es participativo al buscar e impulsar que los (las) actores (as) sociales sean protagonistas en la gestión de la salud y su entorno, a través de acciones intersectoriales e integrales en las que se articulan, complementan y revalorizan las medicinas que existen en el país, pero particularmente las tradicionales, alternativas e indígenas.

Los Principios de la SAFCI son:

- Participación Social
- Interculturalidad
- Integralidad
- Intersectorialidad

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural tiene como estrategia la Promoción de la Salud, la cual constituye un proceso político, social y global que abarca no solamente las acciones encaminadas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar y mejorar las condiciones sociales, económicas y ambientales.

La promoción de la salud es un proceso continuo, en el cual el equipo de salud se involucra en la comunidad facilitando la organización y movilización social para responder a la problemática de salud y sus determinantes, a través de la abogacía, las alianzas estratégicas y la información- comunicación - educación en salud.

### **2.3 La Salud en las comunidades de la Bahía de Cohana**

El “Diagnóstico de Salud de la Población de la Bahía Cohana” fue elaborado por la Unidad Académica Campesina de Batallas de la Universidad Católica Boliviana con el auspicio y financiamiento de la organización International Resources Group (IRG) cuyo objetivo fue el de describir el estado en el que se encuentra la situación de la salud de las familias y de la población en general en la isla de Cohana, e investigar los efectos probables de la contaminación ambiental sobre la salud humana.

La metodología incluyó extensa investigación bibliográfica, revisión de documentos, revisión de las estadísticas de salud, coordinación con la Gerencia de Red de Salud Nro. 5 del Servicio Departamental de Salud de La Paz, coordinación con las autoridades de las comunidades y el personal local de salud, elaboración y aplicación de una encuesta dirigida a grupos familiares, sistematización de la información mediante una base de datos en EPI INFO. Se incluyeron también actividades específicas en el ámbito escolar: determinación del estado de nutrición y de la entero parasitosis y se realizó el estudio de la calidad del agua de consumo humano.

---

El diagnóstico incluyó a 8 comunidades: Cascachi y Pajchiri que corresponden al Cantón Cascachi del Municipio de Puerto Pérez y las comunidades de Pacollo, San Pedro, Cohana Grande, Pampa Cohana, Quircoa y Tacachi que corresponden al Cantón Cohana del Municipio de Pucarani.

Los resultados se obtuvieron del total de la población de cada una de las comunidades alcanzando a un total de 351 familias con una población total de 1250 personas, el 39% corresponde a los menores de 19 años, el 9.4 % corresponde a la población de la tercera edad y el 51 % es población adulta de 20 a 69 años económicamente activa.

En lo que se refiere a servicios básicos, disponibilidad de baños, letrina o pozo ciego, el 96% de las familias no cuentan con este servicio, en cuanto a la disposición de la basura un 66% refiere que quema la basura y el 30% refiere que la tiran a la calle, quebrada o río.

El 46% de las familias no recibe agua por cañería, el 54% recibe el agua por cañería ya sea dentro o fuera de la vivienda, el agua es permanente solo en época de lluvias, en época seca las familias acuden a los pozos o vertientes de la Bahía, 66% refiere no conocer ningún tipo de tratamiento para el agua que bebe y utiliza para cocinar.

En lo que se refiere a la salud escolar el examen coproparasitológico a los niños de 5 a 12 años determina que el 47.4% de los niños tiene alguna forma parasitaria a quienes se administró el tratamiento correspondiente.

El estado nutricional con mediciones antropométricas, utilizando los parámetros de Talla/ edad y Peso /edad demuestra que el 40% de los niños presenta algún grado de desnutrición o está en alto riesgo de desnutrición.

En el estudio de la calidad de agua para el consumo humano, con muestras de las 6 fuentes principales de agua se determinó que el análisis biofísico y de metales que presenta pocas desviaciones de los parámetros o valores máximos aceptados en contraste con el análisis bacteriológico que confirma en todas las muestras contaminación con presencia de coliformes totales y termo-resistentes, evidencia de contaminación fecal permanente en el agua de consumo humano.

Los aspectos desarrollados corresponden a la descripción o diagnóstico de la situación actual y permiten plantear propuestas para poder responder a los problemas detectados de tal forma de lograr que la salud de la comunidad pueda ser mejorada a través del planteamiento y en lo posible de la implementación del presente plan de intervención o proyecto de salud “Cohana con Vida Sana”

### 3. DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO SALUD COMUNITARIA

#### 3.1. Población beneficiaria directa en los municipios priorizados

La población beneficiaria directa es de 351 familias de 8 comunidades de la Bahía de Cohana que corresponde a 2 municipios de la provincia Los Andes. Un total de 1250 personas.

Municipio y Comunidades de la Bahía Cohana

Municipio	Cantón	Comunidades	Nro. de Familias
Pucarani	Cohana	Pacollo	35
		San Pedro	52
		Cohana Grande	90
		Tacachi	46
		Pampa Cohana	15
		Quircoa	10
Puerto Pérez	Cascachi	Cascachi	54
		Pajchiri	49
Total			351

Fuente: Encuesta, Diagnostico de Salud, UAC Batallas, 2010

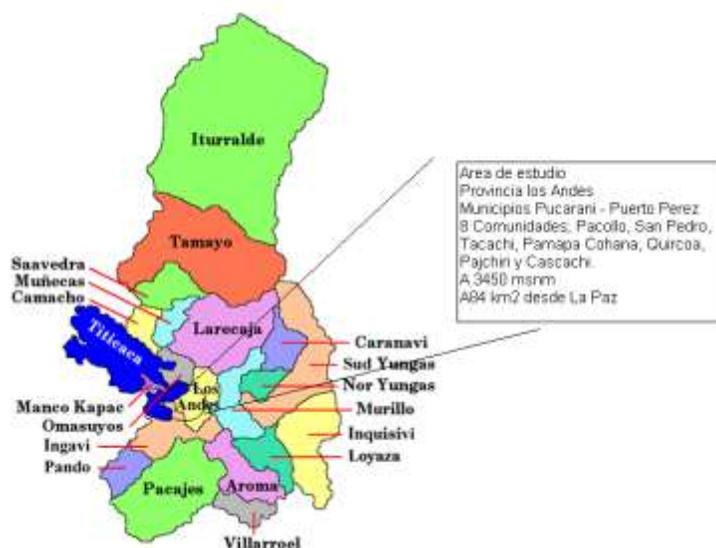
Población estudiantil según Unidad Educativa

Comunidad	Unidad Educativa	Nro de estudiantes	Niveles
Cohana Grande	Jorge Monje De La Riva	314	De inicial a 4to de secundaria
Cascachi	Central Cascachi	42	De Inicial a 8vo de primaria
Pajchiri	Pajchiri	18	De inicial a 3ro de primaria

### 3.2 Población beneficiaria indirecta

La población beneficiaria indirecta corresponde a la totalidad de población que es atendida por la Red de salud No. 5 que incluye a las provincias Los Andes y Manco Kapac con un total de **76.181 habitantes**

### 3.3 Ubicación geográfica de los Municipios de Pucarani y Puerto Pérez en el Departamento de La Paz



### 3.4 Objetivos

En el marco de la promoción de la salud, el proyecto “Cohana con vida sana” busca mejorar la salud y la calidad de vida de la población de las comunidades priorizadas mediante:

- El desarrollo de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento respecto a la salud
- El fortalecimiento de la participación comunitaria para mejorar la calidad de vida

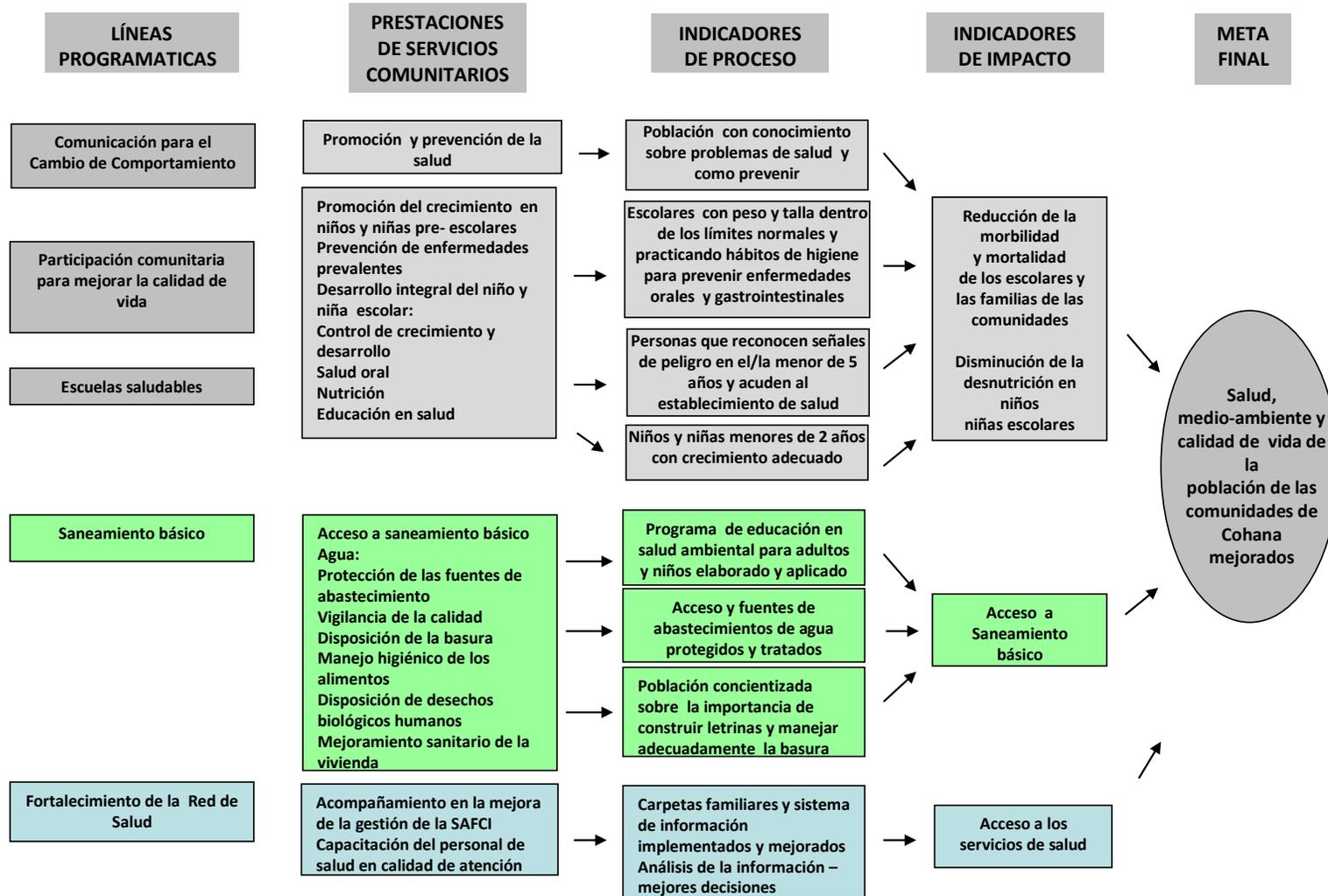
- 
- Desarrollar un programa de salud escolar
  - Desarrollo de estrategias para acceder al acceso de agua y al saneamiento Básico
  - El fortalecimiento del sistema de salud a través de la implementación del modelo de salud familiar comunitaria e intercultural (SAFCI).

### **3.5 Resultados esperados**

- Capacidad mejorada de las personas, familias y comunidades para tomar decisiones y mejorar su salud en base a la adopción de estilos de vida y comportamientos saludables
- Un programa de mejora de la salud escolar : “Escuelas saludables”
- Acciones y estrategias que permitan acceso general al agua potable para el consumo humano y de sistemas de eliminación de desechos humanos y basuras para las comunidades priorizadas
- Alianzas estratégicas intersectoriales e interinstitucionales para mejorar la promoción, prevención y prestación de servicios de salud comunitarios.
- Cobertura y calidad de los servicios de salud comunitarios mejorados con la implementación efectiva y eficiente del SAFCI y promoción de prácticas de higiene.

### **3.6 Modelo Programático**

**MODELO PROGRAMÁTICO  
PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO DE SALUD COMUNITARIA INTEGRAL “COHANA CON VIDA SANA”**



Transversales: genero – interculturalidad – salud ambiental

---

### **3.7 Líneas programáticas y estratégicas**

A continuación se presenta las líneas programáticas sobre las que se sustenta la estrategia de implementación del proyecto:

- Comunicación para el cambio de comportamiento
- Participación comunitaria para mejorar la calidad de vida
- Escuelas saludables
- Saneamiento básico
- Fortalecimiento de la red de salud

#### **3.7.1 Comunicación para el cambio de comportamiento**

El objetivo de la línea programática “Comunicación para el Cambio de Comportamiento” es el de lograr que las mujeres y hombres de todas las edades que habitan en las comunidades en estudio, adopten prácticas (comportamientos) saludables de prevención de enfermedades y de autocuidado de la salud, mediante la implementación de una estrategia de comunicación interpersonal y masiva a nivel local, donde los principales protagonistas son las familias y el personal de salud, además de otros actores de la comunidad.

La comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) forma parte de un proceso integral, interactivo y de múltiples niveles con las comunidades, cuya finalidad es formular mensajes y enfoques específicos usando una variedad de canales de comunicación.

La CCC procura fomentar el comportamiento positivo; promover y mantener el cambio de comportamientos individuales, comunitarios y sociales; y mantener el comportamiento apropiado.

El cambio de comportamiento es un proceso complejo, multidireccional y sostenido en el tiempo. Complejo, en la medida en que son múltiples los factores que intervienen en él; desde aquellos concernientes a las esferas de lo individual-psicológico y privado, hasta aquellos que se relacionan con la esfera de lo público-social que, a su vez, se relacionan culturalmente con lo colectivo-comunitario. Multidireccional, en la medida en que está lejos de ser un proceso lineal y de una sola dirección. Es importante asumir que un proceso de comunicación destinado al cambio de comportamiento, por muy sistemático que sea, puede tener avances y retrocesos. Sostenido en el tiempo, en la medida en que es un proceso; es decir, que requiere tiempo y constancia. El cambio de comportamiento no es rápido, ni mucho menos instantáneo. Por ejemplo: en un país multicultural como

---

Bolivia, los proyectos de salud deben implementar planes sostenidos y/o periódicos de comunicación multimediáticos para lograr transformar prácticas “erróneas” que, en la gran mayoría de las veces, se encuentran enraizadas en “otras” concepciones que no comparten los mismos patrones que sobre la salud-enfermedad tiene quien realiza las acciones de comunicación. En este sentido, una buena estrategia de comunicación tendrá necesariamente, que enfocarse no sólo en el individuo, si no que también en la colectividad; proceso que llevará más tiempo que si se trabajase solamente a nivel del individuo. Los aspectos sociales y culturales del entorno son determinantes.

Es importante comprender que el conocimiento por sí mismo no es suficiente para lograr la transformación; es imprescindible pasar del conocimiento a la persuasión. Para ello, es fundamental centrar los mensajes en las ventajas que ofrece adoptar el comportamiento, hacer sentir a la persona que la práctica que se está promoviendo es compatible con su mundo de vida; es decir, que no transgrede, esencialmente, su modo de ser y de vivir, que no es contraria a su cultura, y que es relativamente fácil de realizar. Del mismo modo, es fundamental referir a la práctica; en el campo de la salud comunitaria, nadie aprende algo si no lo practica. El individuo tiene que sentirse atraído por hacer aquello que se le está pidiendo. Es tarea de la comunicación hacerle sentir esa atracción.

El modelo hace énfasis en tres posibles opciones (decisiones) respecto al rumbo que puede tomar el comportamiento:

1. El de confirmar un comportamiento saludable ya existente.
2. El de adoptar un comportamiento saludable nuevo, el de adoptar un comportamiento nuevo, el modelo nos presenta dos opciones:
  - a. La de realizar una adopción continua; es decir, sostenida en el tiempo.
  - b. La de realizar una adopción descontinuada en el tiempo; es decir, que, aunque el comportamiento es aceptado y adoptado, éste se lo realiza esporádicamente.
3. El de rechazar un comportamiento nuevo. Si este fuera el caso, existen, a su vez, dos posibilidades:
  - a. Que el individuo manifieste un rechazo momentáneo pero una predisposición positiva a futuro
  - b. Un rechazo definitivo.

Si en algunos casos el resultado de la aplicación de la estrategia para el cambio de comportamiento fuese el de que determinados individuos (hombre o mujeres) no adopten continuamente un determinado comportamiento, el Proyecto prevé realizar acciones de refuerzo interpersonal y acciones educativas grupales a través de los y las Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y del personal de salud con el propósito de reencausar tal tendencia y reducir la posibilidad de que la “no adopción” se consolide en esas personas.

---

## **Acciones de comunicación que se desarrollarán:**

- **Acciones de la estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento**

Conformar un comité de comunicación y educación, integrada por autoridad de salud de las comunidades, un representante del sistema de salud del Ministerio de Salud (Red de Salud nro.5, representa de la UAC de Pucarani, Batallas, un representante del IRG.

En el marco de este comité, se coordinan, monitorean y evalúan todas las acciones de comunicación que se realizan como parte de la implementación del Proyecto de Salud Comunitaria Integral; además, se definen y adecuan y/o producen paquetes de materiales estandarizados para implementar el plan de capacitación, la promoción del cambio de comportamiento y la difusión del proyecto, los mismos que son utilizados por los integrantes de este comité y por estudiantes de último año de las Unidades Académicas Campesinas posibles implementadoras. Del mismo modo, los y las Agentes Comunitarios de Salud (ACS) utilizan estos materiales durante las reuniones mensuales de promoción del crecimiento del menor de 2 años, para realizar una buena orientación a las madres y el registro de eventos; en las sesiones educativas grupales y en los CAI-comunitarios, donde juegan un rol importante como instrumentos de apoyo para la consolidación, sistematización y análisis de la información de salud de la comunidad.

### **3.7.2. Participación comunitaria para mejorar la calidad de vida.**

Participar significa, entre otros aspectos, ejercer el derecho a tomar decisiones individuales y colectivas en torno a los aspectos que afectan a nuestras vidas. La participación debiera permitir que cada sujeto sea libre de ejercer su palabra y no la de otro. Asimismo, la participación es fundamentalmente un proceso educativo, pues, escuchándose la gente aprende; el asunto es convertir su sentido práctico en un saber, en un modo de construir conocimiento y reflexión para la acción.

La participación comunitaria conduce a la identificación de los problemas de salud individuales y colectivos, mismos que son analizados y explicados desde el punto de vista de sus causas, efectos y soluciones, que, a su vez, son propuestas y consensuadas en procesos de planificación participativa.

La participación comunitaria contempla algunas necesidades, tales como:

1. **Aceptación:** las personas necesitan saber con certeza que son realmente aceptadas tal como son, es decir, necesitan sentir seguridad para poder expresar en su entorno lo que realmente piensan y sienten. Hay que reconocer la singularidad de cada persona con

---

sus experiencias y conocimientos particulares. Es fundamental comprender y aceptar que el otro, es distinto a mí.

2. Fijación de objetivos: si los objetivos son fijados por la misma comunidad, habrá un compromiso e interés por lograrlos y evitará frustración en algunas personas. Es más, el como se tomen las decisiones influyen directamente en qué tan dispuestas se sentirán las personas a trabajar para implementarlas. Para que la participación sea sostenible, es necesario que la comunidad vea los frutos de su participación. Cuando la participación no se concreta en resultados tangibles o percibidos como reales, tiende a diluirse y a desaparecer, produciendo un sentimiento de frustración en las organizaciones comunitarias y en los individuos.

3. Organización para la acción: una vez que se han establecido los objetivos, la comunidad necesita organizarse para llevar a cabo sus decisiones. Es necesario responsabilizar a personas determinadas para realizar tareas específicas y presentar resultados de su trabajo a su organización y a la comunidad. Por esta razón, es mejor que las personas acepten sus responsabilidades voluntaria y públicamente. Esto requiere también de una estructura apropiada que asegure que una sola persona no asuma toda la responsabilidad ni controle todas las acciones.

La participación comunitaria se fortalece cuando se crea confianza, franqueza, honestidad entre las personas de la comunidad y los/las facilitadores/as del proyecto. Como facilitadores necesitamos examinar nuestros propios valores, actitudes y creencias y tomar en cuenta algunos principios como:

- Compromiso con el empoderamiento de mujeres y hombres
- Confianza en la capacidad de las mujeres y hombres
- Trato igualitario y respetuoso
- Predisposición al cambio
- Deseo de enseñar lo que se sabe
- Deseo de aprender del otro

El proyecto rescatará y valorizará la experiencia organizativa de las comunidades en la gestión local, promoviendo el empoderamiento de hombres y principalmente de mujeres ayudándoles a tener mayor confianza en sí mismas para su participación con igualdad de oportunidades en el mejoramiento de la salud individual familiar y comunitaria. Así se potencian los recursos sociales existentes en la comunidad (red de salud), organizaciones de mujeres, autoridades originarias, líderes locales, agentes locales de salud, médicos tradicionales (partera, curanderos, yatiris, etc.), maestros y estudiantes de las Unidades educativas.

---

### 3.7.3. Escuelas saludables

El Programa de Salud Escolar dirigirá sus esfuerzos hacia el logro del desarrollo integral de los escolares. Se describe la educación en salud como una disciplina, con raíces en la salud pública, la medicina, las ciencias sociales y de la conducta y la educación.

La educación en salud escolar, como disciplina de enseñanza, ha adoptado conceptos, principios y datos de las áreas de estudio antes mencionadas y los ha interpretado de forma tal, que puedan ser aplicados a las necesidades, los valores, las virtudes y potencialidades de las comunidades escolares a las que sirve. En general, impulsa a que los escolares se hagan responsables de su propia salud y se comprometan a mantenerse saludables, respetando su cuerpo desde que nacen hasta que mueren. Se pretende que el escolar aprenda con modelos, estrategias y técnicas apropiadas, mediante procesos democráticos que le ayuden y le permitan modificar conductas y respetar los procesos individuales, grupales y comunitarios. Además, se le capacita para que desarrolle al máximo su salud física, mental-emocional, social y cultural.

El Programa de Salud Escolar tiene el propósito de moldear seres humanos capaces de forjar su propio destino, tomando decisiones adecuadas y saludables, estableciendo relaciones productivas y satisfactorias y asumiendo roles de responsabilidad para con su comunidad. Además, sostiene que la persona es un fin en sí mismo y no un medio, por lo que ésta debe perseguir el convertirse en un ser digno y por consiguiente, solidario. La medida más profunda del éxito o fracaso de la educación en salud, lo constituye el grado en que pueda contribuir a que la persona asuma plena conciencia de su entorno. Esto incluye el exigir sus derechos de salud, así como asumir sus obligaciones para mantenerse saludable, promoviendo una buena calidad de vida.

Sólo así se podrá llegar a considerar al hombre y a la mujer como seres en constante formación, que funcionan en una interacción dinámica.

Se propone formar un ser humano que:

1. Que tenga una visión integral de la salud, incluyendo respeto hacia su cuerpo y compromiso hacia su propia salud y de su comunidad.
2. Adopte y promueva estilos de vida y condiciones que apoyen la salud
3. Defienda su derecho a la salud, así como los de su comunidad, incluyendo las personas con impedimentos.
4. valore la diversidad cultural y demuestre respeto por las diferencias étnicas.
5. Establezca la importancia de las virtudes humanas y los valores y adopte éstos para una mejor calidad de vida.
6. Utilice todas las oportunidades educativas en beneficio de su salud y la de su comunidad. Seleccione los estudios o el trabajo como el medio para adquirir su bienestar.

---

Para contribuir a implementar el programa de escuelas saludables se tomará en cuenta los siguientes estándares generales para la educación en salud:

1. Los estudiantes demostrarán comprender que la salud es un estado de bienestar físico, mental-emocional, social-cultural y espiritual. Esto implica que visualice al ser humano desde una perspectiva integral
2. Los estudiantes demostrarán comprender los conceptos relacionados a la promoción y protección de la salud y la prevención de la enfermedad.
3. Los estudiantes demostrarán habilidad para la práctica de conductas saludables y reducir riesgos para su salud.
4. Los estudiantes demostrarán poseer las destrezas para utilizar los procesos de solución de problemas, toma de decisiones, destrezas de rechazo y preparación de planes para alcanzar metas, entre otras, con el propósito de lograr la salud óptima.
5. Los estudiantes demostrarán poseer las destrezas de comunicación asertiva con el propósito de establecer relaciones interpersonales e intersociales adecuadas.
6. Los estudiantes demostrarán poseer la habilidad de identificar, evaluar y modificar actitudes que no propicien un estado de salud óptimo.
7. Los estudiantes demostrarán la habilidad de utilizar las destrezas personales, sociales y de pensamiento para el logro de la salud integral.
8. Los estudiantes demostrarán comprender la importancia de poseer y mantener una salud óptima como elemento necesario para el desempeño adecuado de las vocaciones.

#### **3.7.4. Saneamiento Básico**

La Estrategia de Saneamiento Básico permite conocer las alternativas más comunes para la identificación y solución de los problemas de saneamiento en las comunidades de la Bahía de Cohana, ya que esto condiciona un manejo inadecuado de agua y alimento y una disposición incorrecta de los residuos sólidos y excretas.

Atención en el saneamiento Básico significa trabajar en la conservación de la salud de la población y juega un papel importante en la prevención de las enfermedades diarreicas cuyo origen está vinculado con deficiencias en la limpieza de las comunidades.

Saneamiento Básico es el mejoramiento y la preservación de las condiciones sanitarias óptimas de:

- Fuentes y sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano.
- Disposición sanitaria de excrementos y orina, ya sean en letrinas o baños.
- Manejo sanitario de los residuos sólidos, conocidos como basura.
- Mejoramiento de las condiciones sanitarias y limpieza de la vivienda.

---

En los lugares donde el agua se obtiene de fuentes de abastecimiento desprotegidas, tales como pozos, manantiales, ríos y arroyos, existe la posibilidad de que en ella se deposite polvo, basura, o excremento humano y de animales lo que contamina y por lo que es necesario usar algún método de desinfección.

Cuando en un pozo desprotegido se deposita basura o se presentan escurrimientos provocados por la lluvia, el agua se encuentra contaminada.

Almacenamiento seguro significa mantener el agua desinfectada en un recipiente con tapa.

El objetivo de la desinfección del agua es la destrucción de los diversos microbios presentes en ella y que transmiten enfermedades al ser humano.

El agua puede contener microbios que producen en el ser humano enfermedades como la fiebre tifoidea y otras, que al no ser atendidas a tiempo pueden provocar la muerte por lo que su desinfección y almacenamiento seguro son esenciales para el control de las enfermedades gastrointestinales.

Hervir el agua durante tres minutos es tiempo suficiente para eliminar cualquier microbio presente.

Hay distintas formas de desinfectar el agua:

- Con cloro (blanqueador al 2 % de cloro activo, para lavar ropa), aplique dos gotas de blanqueador por cada litro de agua. Deje reposar 30 minutos y el agua esta lista para beber.
- Con yodo, aplique dos gotas por litro y déjela reposar 20 min. Antes de beberla. Este procedimiento no es recomendable para desinfectar el agua en grandes cantidades, sino únicamente para el agua que se bebe en un día.
- Con plata coloidal, aplique una gota por litro y deje reposar 20 minutos antes de beber.

El uso de cloro, yodo o plata coloidal son métodos seguros para desinfectar el agua. Sin embargo es importante recordar algunos aspectos:

- Utilice recipientes limpios y con tapa.
- Sirva adecuadamente el agua (no utilice cucharones o recipientes sucios).
- No meta las manos en la olla.

Protección de las fuentes de abastecimiento del agua.

Estas fuentes son lugares en las que se obtiene agua para beber, como ríos, manantiales, arroyos u ojos de agua, lagos, pozos e incluso presas y cuerpos de agua destinados al riego.

Entenderemos por protección sanitaria a todas aquellas actividades que se realizan para evitar la contaminación del agua.

---

Estas actividades deberán realizarse con la participación de la comunidad para garantizar que el agua que se bebe sea buena para el consumo humano.

Las principales causas por las que se puede contaminar estas fuentes son:

- Depósitos de basura (residuos sólidos)
- Presencia de animales.
- Descarga de aguas residuales.

La protección de las fuentes es importante por que de esto depende la calidad del agua que será utilizada por la población y por nuestra familia.

Si hay un pozo para abastecer el agua es importante mantenerlo limpio procurando evitar la existencia de basura cerca o alrededor de el y teniéndolo siempre tapado. Además, se debe recordar que el agua que se utilice debe hervirse y desinfectarse.

Si es posible, se recomienda que se realice la protección del pozo, lo que se logra construyendo un revestimiento de concreto, ladrillo, o piedra en las paredes internas del pozo, tapándolo con una cubierta de concreto instalando una bomba.

Es importante recordar que antes de iniciar la protección de un pozo o cualquier otro tipo de fuente de abastecimiento se debe realizar un reconocimiento sanitario y, en su caso, solicitar un análisis del agua antes de recomendar obras o cambios.

Para la protección de un manantial, se logra mediante la construcción de depósitos, cámaras o cajas colectoras de agua construidos de concreto.

Estos deben tener tres salidas:

1. Una para el nivel de agua.
2. Otra para su abastecimiento.
3. Y otra salida para vaciar la cámara cuando se realicen operaciones de mantenimiento.

Existen diversos tipos de obras para captar las aguas superficiales que reciben el nombre de obras de toma.

Las tomas más usuales en pequeños sistemas son:

- Toma por gravedad, esta se realiza aprovechando la corriente de agua para construir un canal de desviación que la llevara hacia un depósito o estanque.
- Tomar por bombeo, esta consiste en colocar una bomba para llevar el agua hacia alguna cisterna o reservorio.

En comunidades que cuentan con red de agua potable como sistema de abastecimiento, es necesario establecer un programa de vigilancia de la calidad del agua en donde el personal de salud le corresponde la medición del cloro residual.

- La presencia de cloro indica desinfección.

---

Otro aspecto de importancia para el cuidado de la calidad de agua que se almacena es promover el lavado y desinfección de los depósitos de almacenamiento (cisternas, tinacos, piletas y tambos).

Son dos elementos que deben de tomarse en cuenta durante el lavado:

- Frotar o refregar las superficies.
- Desinfectar con cloro.

El lavado y desinfección de los depósitos debe realizarse cada seis meses.

La basura o los residuos sólidos son aquellos materiales que no se consideran útiles para quien se deshace de ellos, pero que si son manejados adecuadamente pueden obtenerse diversos beneficios; en los residuos se encuentran mezclados materiales como papel, vidrio, plástico, metal, cartón, residuos de alimentos, entre otros.

- Los residuos sólidos representan un problema por son un factor importante en la presencia de enfermedades por la propagación de fauna nociva, como moscas, cucarachas, mosquitos, ratas y ratones.
- Entre las enfermedades relacionadas con la fauna nociva están las infecciones intestinales, parasitosis, dengue, paludismo, entre otras.

La basura o residuos sólidos son acumulados en forma inadecuada dentro del domicilio en o sitios comunitarios, provocan malos olores, representa un foco de infección e incrementan el desarrollo de la fauna nociva.

Existen prácticas sencillas dentro del hogar que se pueden aplicar para el manejo sanitario de los residuos que son:

1. Reducir
  2. Reutilizar
  3. Reciclar
- Para reducir una opción es limitar el uso de productos con envases desechables
  - Para reutilizar emplear los recipientes vacíos como maceteros, lapiceros u otros.

En áreas donde exista servicio de recolección de basura es indispensable mantener los residuos en recipientes con tapa.

En áreas que no cuentan con este servicio existen dos maneras para su disposición de estos residuos.

1. Quemar
2. Enterrar

Para estas prácticas se necesita cavar una zanja en un sitio alejado de la casa habitación, separar previamente los desechos y depositarlos en la zanja para quemarlos o enterrarlos, o en su caso se pueden reutilizar un incinerador.

---

Otra forma de suponer de los residuos es la elaboración de una composta (mejorador de suelo) a partir de aquellos desechos que sufren un rápida descomposición (residuos de alimentos, hojas secas y pasto entre otros).

Para hacer una composta:

Se utiliza un recipiente de 20 a 25 litros. Se coloca en el fondo una cama de hojas secas o tierra después una segunda capa con los residuos alimenticios; nuevamente se coloca una capa de tierra y así sucesivamente hasta que se llene el recipiente, la última capa deberá ser de tierra y cuidar que siempre este húmedo. A los tres meses se recomienda cernir y el resto que no pase por el cernidor debe incorporarse a otro compostero.

Manejo higiénico de los alimentos

Existen actividades y prácticas en el manejo de los alimentos dentro del hogar que afectan a la salud.

- Para evitar daños a la salud es necesario proteger a los alimentos.

Las medidas que pueden adoptar para proteger los alimentos son:

- Adquirir y preparar únicamente los alimentos frescos (leche, verdura, fruta y carne), que se consumirán durante el día.
- Frijol, maíz, azúcar y arroz, procura tenerlos en lugares frescos y recipientes con tapa o costales cerrados.
- Lavar con agua y jabón las frutas y verduras que se usan para preparar los alimentos, o desinfectarlas con cloro o yodo.
- Si los alimentos se encuentran desprotegidos, el polvo y las moscas pueden contaminarlos.
- El aseo de manos, trastes y utensilios antes de cocinar nos ayuda a conservar la salud, porque los microbios se eliminan con agua y jabón.

El agua que se utiliza tanto en la preparación de alimentos como en el lavado de utensilios de cocina debe estar desinfectada.

La mejor manera de combatir a los transmisores de enfermedades es:

- Proteger los alimentos.
- Almacenar y disponer correctamente los desechos
- Disponer adecuadamente las excretas (orina y excremento)

Se deben de lavar las manos antes de manipular los alimentos, después de ir al baño y en cualquier interrupción de la preparación de los alimentos por ejemplo: sonarse la nariz, cambiar el pañal al niño, entre otras.

Disposición de excremento y orinas (excretas)

Los desechos humanos (excremento y orina) representan un riesgo para la salud si no se dispone sanitariamente, en ellos se encuentra un gran número de microbios transmisores de enfermedades.

---

El fecalismo al ras del suelo es una práctica que debe ser remplazada, por una adecuada disposición de desechos humanos.

Para disponer los desechos en forma sanitaria existen diversas alternativas:

- Excusado conectado al drenaje
- Fosa séptica
- Letrina sanitaria.

Si en la comunidad no existe drenaje y no son comunes las fosas sépticas, y la evacuación se efectúa al ras de la tierra es recomendable:

- Disponer de un sitio fuera de la casa exclusivo para el depósito de excremento y orina para toda la familia; se debe cuidar que todos los miembros, incluidos los niños, usen este lugar.
- Si es posible, construir en el lugar destinado a las excretas, un hoyo lo suficientemente profundo para esta función, donde no tengan acceso los animales domésticos.
- En ambos casos se debe poner una capa de cal cuando menos una vez a la semana
- Se debe cuidar que no exista basura alrededor de este sitio

El drenaje es la alternativa más común en localidades muy pobladas.

La fosa séptica es un método seguro para la disposición sanitaria de excretas.

Son tres partes importantes para su adecuado funcionamiento:

- Diseño de la fosa
- Disposición del agua excedente
- Mantenimiento periódico del tanque

El mantenimiento periódico, es decir la extracción de los lodos se utiliza aproximadamente cada dos años.

#### Mejoramiento sanitario de la vivienda

El aseo debe ser diario; entre más limpia, ventilada y cuidada esta la casa se tendrá menos posibilidades de enfermar.

También una adecuada ventilación favorece la circulación y el intercambio de aire. Contar con la iluminación suficiente facilita las diversas actividades que en ella se realizan.

- Las paredes y los techos deben estar lisos para evitar que haya huecos o grietas donde se pueda acumular polvo o se aniden animales.
- Si se cuenta con estufa de leña, debe tener una chimenea ya que los humos provocan daños a la salud.
- Si el piso es de tierra se debe barrer diariamente, rociando con agua para evitar polvo, tratando de mantenerlo siempre húmedo. En caso de que existan hoyos, estos deben de ser tapados inmediatamente para evitar que aniden arañas, alacranes o cualquier otro tipo de fauna. Para este efecto se recomienda hacer revisiones periódicas, principalmente debajo de camas y muebles.

---

### 3.7.5. Mejoramiento del sistema de Salud.

Un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud.

La mayoría de los sistemas de salud nacionales comprenden el sector público, privado, tradicional e informal. Las cuatro funciones principales de un sistema de salud se han definido como: la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión.

Los indicadores de salud de la población sitúan a Bolivia en el último o penúltimo lugar latinoamericano. El estado de salud del país es malo, y está definido por las determinantes sociales y la deficiente capacidad de la red sanitaria. Durante los últimos años, de modelo económico neoliberal, el Ministerio de Salud había perdido su rol rector para terminar atomizándose. No sólo existen varios sistemas de salud: privado, público y de la medicina tradicional, sino que cada uno de ellos está fragmentado en su interior. Igual que el Estado debe recuperar el rol rector sobre Bolivia, el Ministerio de Salud precisa recuperar la soberanía sanitaria.

La estrategia principal del fortalecimiento al Sistema de Salud y de la Red de Salud está basada en la implementación de la SAFCI y de la mejora de la calidad de atención por los proveedores de salud de la Red de Salud No 5, con énfasis en las siguientes áreas:

#### Salud materna y neonatal

Para muchas mujeres que no tienen acceso a los cuidados calificados durante el embarazo, parto y puerperio, como así también, al cuidado de sus bebés en el primer mes de vida, el goce de un nuevo nacimiento está, muchas veces, nublado por los riesgos que, en sus vidas, estas madres y niños sufren.

Un gran porcentaje de las muertes maternas y neonatales pueden prevenirse, permitiendo el acceso de las mujeres a personal calificado y a un número de intervenciones probadas, de manera efectiva y oportuna. Sin embargo, si bien las intervenciones para muchas de las causas de mortalidad materna e infantil están bien documentadas, la provisión de estos servicios se mantiene aún como un gran desafío en Bolivia, donde un gran porcentaje de mujeres en el área rural sigue teniendo sus partos en el domicilio.

Para muchas de las mujeres el acceso a los servicios de salud se dificulta por la distancia o porque el transporte no está disponible o asequible en el momento oportuno; del mismo modo, las barreras sociales tales como la incapacidad de las mujeres de decidir sobre sus propios cuerpos, su falta de libertad de movimiento, el poco control que tienen de su economía o las incompatibilidades culturales de los servicios de salud, pueden desanimarlas a usar los mismos.

---

Cualquier enfoque para mejorar los servicios de salud materna y neonatal debe incorporar la integración y la estrecha colaboración entre la comunidad y los servicios de salud, entre otros actores. Las comunidades y los servicios de salud deben unir fuerzas y trabajar juntos para lograr superar los obstáculos con el objetivo de que las mujeres, durante el embarazo, parto y post parto, los recién nacidos, los menores de 5 años y la población en general, reciban cuidados apropiados y oportunos.

La existencia de los y las ACS para proveer prestaciones preventivas efectivas y cuidadas de emergencia en madres y recién nacidas, es particularmente importante en el área rural, donde no existe suficiente personal de salud para satisfacer las necesidades de la población.

A través de estos actores comunitarios, se atenúan muchas de las causas de la mortalidad materna neonatal e infantil. Para ello, se posibilitan intervenciones efectivas tales como: facilitar el acceso y uso de métodos anticonceptivos, vacunación con toxoide tetánico y se incentiva la asistencia periódica y oportuna al control prenatal; de igual manera, se promueve que el parto sea atendido por personal calificado, se impulsan medidas de higiene en el parto domiciliario y se pone énfasis en acciones preventivas, especialmente en el control post parto en el establecimiento de salud y por las ACS en el domicilio en el marco de la SAFCI.

#### Promoción del crecimiento y desarrollo

Según la evidencia científica, en la mayoría de los casos, el crecimiento inadecuado empieza cuando el niño deja de ganar peso. Esto ocurre generalmente alrededor de los seis meses de edad, con el inicio de la alimentación complementaria y sigue hasta los 24 meses, razón por la cual, el PSC implementa, conjuntamente con la comunidad, actividades para prevenir la malnutrición, especialmente con madres de niños y niñas menores de dos años.

Actualmente, en los establecimientos de salud, la frecuencia de los controles de peso de niños y niñas menores de 5 años no es regular. Es difícil contar con la asistencia mensual de las madres, razón por lo cuál, el dato del peso anterior, que permite conocer la tendencia del crecimiento, es difícil de obtener, dificultando así, la interpretación de la tendencia en la gráfica de crecimiento. La norma actual indica que el control entre 11 y 23 meses de edad se debe realizar cada 2 meses, por estas razones el proyecto, trabaja en la promoción del crecimiento, basado en la tendencia del crecimiento en forma mensual e individualizada en todos los niños menores de 2 años que residen en las comunidades de intervención. El indicador de talla se monitorea anualmente. Los datos obtenidos mensualmente, son informados a los respectivos establecimientos de salud, en los que

---

hay una respuesta apropiada para aquellos niños y niñas con crecimiento inadecuado en dos controles mensuales seguidos, que son referidos por las ACS.

Las acciones para prevenir la malnutrición, deben partir desde antes de la concepción. Las mujeres que nacieron con bajo peso o fueron pobremente nutridas en la infancia, niñez y adultez, son más propensas a tener nacimientos de bebés con bajo peso, que aquellas adecuadamente nutridas desde la concepción, la niñez y años reproductivos. Igualmente, la deficiencia en vitaminas y minerales, pueden incrementar el riesgo de bajo peso y nacimiento pre término, aumentar la frecuencia de enfermedades y muertes derivadas de la maternidad. En ese sentido, el proyecto vigila mensualmente la ganancia de peso de las embarazadas en la comunidad, promueve prácticas saludables, tales como el consumo de dietas variadas con alimentos locales, apropiados suplementos y alimentos fortificados.

#### Enfermedades Infecciosas

El insuficiente e inadecuado conocimiento que la población tiene respecto a las enfermedades en general y en especial de las ITS, incide en que la persona afectada no acuda al establecimiento de salud o que no asista por falta de confianza en él, generando de esta manera una barrera que dificulta un buen diagnóstico y por ende un tratamiento adecuado y efectivo. Estas situaciones, inciden negativamente en la accesibilidad de las personas a los servicios de salud, incrementándose así, la transmisión o contagio de personas enfermas a personas sanas. Por este motivo, el proyecto promueve prácticas saludables con relación al comportamiento sexual de las personas, informa sobre los signos de peligro relacionados a las ITS y orienta sobre prácticas preventivas, con el propósito de mejorar y adecuar la percepción de riesgo sobre las ITS, la salud en general y, especialmente, sobre la salud sexual y reproductiva.

En el caso de la tuberculosis, se trabaja para superar un importante problema: la dificultad en la identificación de los sintomáticos respiratorios y la adherencia al tratamiento de aquellos enfermos que desconocen la importancia del cumplimiento de la medicación; desconocimiento que se extiende a las familias y a las comunidades donde viven estos enfermos.

Con el propósito de facilitar la realización de baciloscopías de diagnóstico de los sintomáticos respiratorios, en las comunidades alejadas de los establecimientos de salud y con difícil acceso para las personas, se capacitan a los ACS en la toma de muestra, extensión y fijación de la misma para el traslado hasta el laboratorio más cercano. Esta capacitación se lleva a cabo en coordinación con GCS y funcionarios del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

---

### 3.8 Sostenibilidad

Lograr la sostenibilidad en el campo del desarrollo en general y en el de la salud, en particular, es uno de los aspectos que más preocupa al conjunto de los actores institucionalizados de la sociedad civil, del Estado y de las instituciones que cooperan con el desarrollo de la salud. Sin embargo, el discurso tradicional de la sostenibilidad ha estado marcado por una tendencia que confunde el objetivo de la misma. En este marco, el proyecto asume que se incluye por un espacio y un tiempo determinados para contribuir como un instrumento con el propósito de lograr determinados resultados, los cuales llegarán a ser sostenibles en la medida en que las acciones queden instaladas en la comunidad y en la Red de Salud que continuarán con vida propia una vez que el proyecto concluya su período de intervención.

Se han analizado los siguientes aspectos de la sostenibilidad

a) En el ámbito de la sostenibilidad social:

- Las prácticas de autocuidado de la salud.
- El conocimiento de la comunidad sobre salud y autocuidado que se transfiere a otros miembros de la comunidad.
- El involucramiento de las redes sociales en la mejora de la salud comunitaria.
- La realización de los Comités de Análisis de la Información (CAI).
- La alianza estratégica entre la medicina biomédica y la “tradicional”.
- El involucramiento de las mujeres en la toma de decisiones que afectan a la salud familiar.
- La articulación de la comunidad y su red social con el establecimiento de salud.
- El involucramiento de la comunidad en la prestación de servicios de salud (ACS).
- El control social sobre la prestación de servicios de salud.
- La vigilancia epidemiológica comunitaria

b) En el ámbito de la sostenibilidad técnica:

- Las capacidades que se han desarrollado en materia de control social y monitoreo de las actividades que desarrollan los y las ACS.
- Las destrezas para brindar prestaciones de servicios básicos de salud comunitarios de los y las ACS.
- Las destrezas de los y las ACS para desarrollar acciones de capacitación grupal y orientación individualizada en salud.
- Las destrezas de los y las ACS para la recolección de datos en la comunidad, el análisis individual y colectivo de la misma y la toma de decisiones.

- 
- Las destrezas de los y las ACS para realizar el control del crecimiento de los menores de 2 años.
  - Las destrezas de los y las ACS para realizar adecuadamente visitas domiciliarias.

### **3.9 Enfoques**

El proyecto considera tres enfoques transversales para el desarrollo de sus actividades: género, interculturalidad y cuidado del medio ambiente.

#### **3.9.1 Enfoque de Género:**

Las diferencias sociales entre hombres y mujeres, no se derivan de factores biológicos, sino de la forma en que cada cultura elabora esta diferencia y le otorga legitimidad a una valoración desigual, que coloca a la mujer en condiciones de desventaja, al limitar su acceso a la educación, a la salud e incluso a la alimentación.

En el campo de la salud esas desventajas pueden observarse en las mayores probabilidades de contraer enfermedades prevenibles o morir a causa de ellas; y también en las condiciones de vida y subordinación que tienen las mujeres y que generan una mayor vulnerabilidad a lo largo de su vida.

El enfoque de género permite analizar, cómo las diferencias de sexo se convierten en factores de subordinación mediante:

- Los canales de socialización en la familia, la escuela y la comunidad, que van enseñando como ser hombres y ser mujeres.
- Las relaciones de poder que se establecen entre las personas, muchas veces de discriminación y subordinación.
- La discriminación que vive la mujer desde que nace, va minando su salud: desnutrición, limitada información para su autocuidado y carga excesiva de trabajo.
- La organización genérica del mundo: normas, leyes e instituciones con una perspectiva que privilegia a los hombres.

El enfoque de género estará presente en cada uno de los pasos de la implementación del proyecto:

- En la identificación de sus problemas de salud, para que las mujeres conozcan y analicen como se dan las relaciones de género entre hombres y mujeres en sus comunidades para

---

reflexionar sobre los procesos de socialización y las causas y consecuencias que tiene esas relaciones en su Salud Sexual y Reproductiva y en la salud de los/las niñas y niños desde su nacimiento.

- En la adecuación de los materiales educativos y en todas las actividades de capacitación tanto a los técnicos de las ONG implementadoras y de estos a los ACS y otros actores sociales de la red social.
- En las sesiones educativas estructuradas con hombres y mujeres de la comunidad, al analizar la realidad y las formas de discriminación, así como la reflexión sobre los derechos que tienen todas las personas (en especial las mujeres) de acudir a servicios de salud de calidad, de decidir sobre su propia salud, de vivir sin violencia, de cuantos hijos tener y cuándo tenerlos, etc.
- En la priorización de actividades de salud para reducir la mortalidad materna y mejorar la salud de las mujeres en edad fértil.

### **3.9.2 Enfoque de Interculturalidad:**

Bolivia, país multiétnico y pluricultural, diversas culturas coexisten en él, cada una poseedora de valores, saberes, tradiciones y costumbres diferentes. Esta diversidad, se materializa en el campo de la salud, en la presencia de varias medicinas que coexisten en un mismo espacio territorial (no siempre de manera armoniosa) que pugnan por expandir sus prácticas y conocimientos a una población que se debate entre lo que por tradición y costumbre sabe, hace y piensa; y lo que, por diversas mediaciones llega a identificar como saberes y prácticas que, aunque no pertenecen a su cultura, son valorados y asumidos como favorables para el cuidado de su salud.

Conscientes de esta situación y asumiendo que la interculturalidad más que una realidad, es un deber ser que debe llegar a lograrse como consecuencia del respeto irrestricto a los derechos humanos y a la diferencia, el PSC ha desarrollado una serie de mecanismos destinados a facilitar el diálogo intercultural entre los representantes de estas medicinas y a lograr alianzas estratégicas, en favor de la salud comunitaria, entre los técnicos de las ONG implementadoras, el personal de salud institucionalizado y los representantes de la medicina tradicional comunitaria.

Así, para el proyecto, la interculturalidad tiene que ver con el desarrollo de ciertas competencias comunicativas interculturales, las mismas que son entendidas como las habilidades para negociar significados y prácticas culturales, y de actuar comunicativamente de una forma eficaz de acuerdo a las múltiples identidades de los actores involucrados en un proceso de mejora de la salud comunitaria. Estas competencias implican:

- 
- Realizar un esfuerzo por conocer y comprender la cultura de “el otro”.
  - Repensar nuestra propia cultura, tomando conciencia de su etnocentrismo.
  - Eliminar los prejuicios y estereotipos negativos respecto de “el otro”.
  - Ser capaz de empatizar (capacidad de sentir la emoción que otra persona experimenta) para aumentar la comprensión de “el otro”.
  - Desarrollar la capacidad de comunicarse de manera transparente; es decir, explicitar el sentido de los mensajes y el efecto que supone deberían causar en “el otro”.
  - Propiciar una relación equilibrada y equitativa (el diálogo intercultural debe realizarse en un marco de equidad entre las culturas que entran en contacto).

Las competencias señaladas anteriormente, serán desarrolladas en el plan de capacitación para el personal de salud con el propósito de contrarrestar algunos problemas que obstaculizan la comunicación intercultural entre la comunidad y los proveedores de salud institucionalizados (personal de salud biomédico) y comunitarios (ACS) que, si bien son parte de la comunidad, los conocimientos y comportamientos que promocionan provienen de otra cultura y, por ende, de otra concepción de la salud.

También en esta misma dirección, reuniones de concertación y de construcción de alianzas estratégicas entre los ACS, personal de salud institucionalizado y representantes de la medicina tradicional (parteras, yatiris, kallawallas, etc.); asambleas y diálogos comunitarios; realización periódica de los Comité de Análisis de la Información (CAI), participación activa de los representantes de la medicina tradicional en los procesos de autodiagnóstico y en las actividades comunitarias.

### **3.9.3 Enfoque de cuidado del medio ambiente**

Vivir en un medio ambiente saludable. El cuidado del medio ambiente requiere que se tome en cuenta todos los elementos que forman el entorno humano promoviendo un modelo de desarrollo en el que el aprovechamiento de los recursos naturales no provoque daños irreparables; una forma de progreso económico y social que favorezca la sana convivencia y respeto de cada persona; un modelo basado en el comportamiento de la naturaleza, es decir, que considere su ciclo de recuperación, y una organización del trabajo humano que garantice un progreso sostenido en el tiempo, en armonía con la conservación del medio ambiente y con el bienestar de todas las personas, que conduzca al desarrollo sustentable o sostenido.

#### 4. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO “Cohana con Vida Sana”

El proceso de implementación, las actividades específicas y de monitoreo y evaluación deberán ser desarrolladas conjuntamente con la Gerencia de Red de Salud en el marco de las políticas de salud de la Gobernación y del Servicio Departamental de Salud de La Paz.

Se describen las actividades ilustrativas para cada componente, el cronograma de ejecución y los componentes del monitoreo y evaluación

#### 5. CRONOGRAMA TENTATIVO

Se visualiza al proyecto para su implementación durante cuatro años.

Area de intervención	Sem 1	Sem 2	Sem 3	Sem 4	Sem 5	Sem 6	Sem 7	Sem 8
Comunicación para el cambio de comportamiento			x	x	X			
Participación comunitaria para mejorar la calidad de vida	x	x	x	X				
Escuelas saludables			x	x				
Saneamiento básico		x	x	x	x	x		
Fortalecimiento de la red de salud		x	x	x	x	x		
Seguimiento – consolidación							x	x

## 6. PRESUPUESTO ILUSTRATIVO

### Presupuesto del Proyecto

#### Presupuesto consolidado, expresado en dólares americanos

Ítem	Monto (\$us)
Personal	168.200
Gastos operativos	50.000
Material y equipo	61.100
Sistemas de agua y letrinas*	a/d
Vehículo y transporte	60.000
Gastos administrativos	5.000
<b>Total</b>	<b>344.300</b>

\* A ser determinado

#### Presupuesto desagregado

##### Personal

No	Cargo / Posición	%	Tiempo	Salario/mes	Total
1	Coordinador general	10%	48 meses	1000	4800
1	Coordinador/a de Salud	100	48 meses	1100	52.800
1	Facilitador/Educador	100	48 meses	600	28.800
8	Educadores	Estipendios	24 meses	US 5/día	28.000
1	Administrador	100%	48 meses	600	28.800
	Beneficios Sociales				25.000
	Total				168.200

## Materiales y Equipos

No	Item	Costo unitario	Costo total
	Material de escritorio Carpetas familiares - Fotocopias		4.500
	Materiales de capacitación		18.000
	Equipos de computación		7.000
	Comunicación		1.600
	Material médico		25.000
	Varios		5.000
	Total		61.100

## Operaciones / Actividades ilustrativas

Actividades	Costo unitario	Costo Total
<b>Comunicación para el cambio de comportamiento y Participación comunitaria para mejorar la calidad de vida</b>		
Hacer conocer a las autoridades comunitarias, comunidad en general, autoridades, profesores y junta escolar de las unidades educativas los resultados obtenidos del diagnóstico de salud de las comunidades de la Bahía de Cohana.		
Presentación del proyecto de intervención a las autoridades municipales y del área de salud.		
Presentación del proyecto a las autoridades de las comunidades, a la comunidad en general, a las autoridades y profesores de las unidades educativas.		
Elaboración o adaptación de material educativo para la promoción y prevención de la salud tomando en cuenta los programas y políticas de salud del Ministerio de Salud y enfatizando en los resultados obtenidos del diagnóstico con la participación de todos los actores para mejorar la calidad de vida de las familias y la comunidad.		

<b>Escuelas saludables</b>		
Implementar el programa de escuelas saludables: Elaborar el plan de trabajo en coordinación con el Puesto de Salud de Cohana y Quehuaya y con la Red de Salud Implementar el programa de salud oral para los niños (revisión odontológica por un profesional o interno) cada 6 meses. (dos veces al año).		
Control de Peso y talla a los niños 3 veces al año		
Preparar material educativo para profesores sobre la alimentación y nutrición adecuada.		
Elaborar material educativo sobre higiene personal y escolar.		
Coordinar con SEDES La Paz para contar con un interno de medicina para realizar un control médico general a los niños cada semestre		
<b>Saneamiento básico</b>		
Concientizar a la comunidad sobre la importancia de contar con saneamiento básico e incentivar a la construcción de letrinas, disposición de basura en forma adecuada y cuidado con las fuentes de agua para consumo humano – Educación sanitaria		
Sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano en ocho comunidades		
Disposición sanitaria de excrementos y orina, ya sean en letrinas o baños para 351 familias		
Manejo sanitario de los residuos sólidos, conocidos como basura		
Mejoramiento de las condiciones sanitarias y limpieza de la vivienda		
<b>Fortalecimiento de la red de salud</b>		
Carpetas familiares		
Fortalecimiento implementación del SAFCI		
Capacitación al personal de salud		
Equipamiento		
Apoyo a los CAIs		
<b>TOTAL Gastos Operativos (no incluye Saneamiento Básico)</b>		50.000
Vehículo y gastos de gasolina y transporte		60.000
Gastos administrativos		5.000