

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL



TRABAJO DIRIGIDO
PARTICIPACION SOCIAL Y SANEAMIENTO
BASICO

LETRINAS ABONERAS SECAS. UNA ALTERNATIVA
DE SERVICIOS BASICOS PARA LAS FAMILIAS
DEL BARRIO 18 DE AGOSTO.
TRINIDAD - BENI

POSTULANTE: SILVIA MALDONADO MEZA

TUTOR: LIC. MARIA LUISA VALDIVIA

LA PAZ - BOLIVIA
2007

Agradecimientos:

*A Dios y a mis hijos Daniela, Maria
Fernanda y Fernando Alfonso por
permitirme cerrar una etapa de mi vida.*

INDICE GENERAL

CAPITULO I

1. Una mirada retrospectiva al proyecto-----	1
1.1. Fundamentos-----	4
1.2. Objetivos del proyecto-----	8
1.2.1. Objetivo General-----	8
1.2.2. Objetivos Específicos -----	8
1.2.3. Indicadores Verificables -----	8
1.2.4. Resultados-----	9
1.2.5. Supuestos planteados-----	10
1.2.6. Fuentes de Verificación-----	11

CAPITULO II

2. Contextualizando el proyecto-----	13
2.1. La dinámica del barrio 18 de Agosto.-----	13
2.1.1. Procesos de ocupación del suelo y el entorno social-----	13
2.1.2. Características sociodemográficas-----	15
2.1.3. Organización y participación vecinal -----	20
2.2. El ámbito institucional-----	21
2.2.1. El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja ---	21
2.2.2. La Sociedad Nacional de la Cruz Roja Boliviana-----	21
2.2.3. Los Subsistemas-----	22
2.2.3.1. El Subsistema Razón de Ser -----	22
2.2.3.2. El Subsistema Estructural -----	26
2.2.3.3. El Subsistema Gerencial-----	27
2.3. Análisis situacional del Saneamiento Básico -----	31
2.3.1. El Saneamiento Básico en el mundo. -----	31
2.3.2. El Saneamiento Básico en América Latina.-----	31
2.3.3. El Saneamiento Básico en Bolivia -----	33
2.3.3.1. La Salud-----	35

2.3.3.2. Educación -----	35
2.3.3.3. El Empleo-----	36
2.3.3.4. Vivienda -----	37
2.3.3.5. El Saneamiento Básico -----	37
2.3.3.6. Composición de las familias -----	40
2.3.4. El Saneamiento Básico en el Beni-----	40
2.3.4.1. Servicios Básicos -----	40
2.3.5. El Saneamiento Básico en Trinidad-----	41
2.3.5.1. Servicios Básicos -----	41

CAPITULO III

3. Referente teórico conceptual-----	43
3.1. Salud integral -----	43
3.2. Proceso salud-enfermedad -----	43
3.2.1. Las Teorías de Causalidad y la Enfermedad -----	44
3.2.2. Reproducción social de las clases sociales y patrones de consumo.-----	46
3.3. Desarrollo Humano -----	50
3.4. Pobreza y familia-----	51
3.5. Salud y Saneamiento básico -----	52
3.5.1. El desafío del Saneamiento-----	52
3.5.2. Las enfermedades y el medio ambiente -----	53
3.6. Trabajo Social como disciplina científica -----	55
Trabajo Social es una disciplina que se ocupa de promover que los sujetos sociales	55
3.6.1. Los Fines y Objetivos del Trabajo Social -----	56
3.6.2. Abordaje metodológico -----	57
3.6.3. Las funciones del Trabajo Social -----	58
3.6.4. Áreas de intervención profesional. Dimensiones -----	62
3.6.5. El Desarrollo Comunitario Integrado -----	63
3.7. La Participación Social-----	63
3.8. El Constructivismo. Sus bases -----	64
3.9. La familia y sus formas-----	65

3.10. Las Redes Sociales -----	68
CAPITULO IV	
4. Los resultados del proyecto y su significación para las y los actores sociales. -----	70
4.1. Los conocimientos y su asimilación por las y los participantes del barrio 18 de Agosto. Un nuevo encuentro con las familias. -----	81
4.1.1. Identificación de factores causales de las enfermedades en la zona -----	82
4.2. Factores económicos, sociales y culturales que inciden en la prevalencia de las enfermedades. -----	85
4.2.1. La familia y su papel en el Saneamiento Básico de la zona. La forma de eliminar las excretas sin contaminar. -----	86
4.2.1.1. ¿Qué es una Letrina Abonera Seca? -----	87
4.2.1.2. Ventajas de la Letrina Abonera Seca Familiar -----	88
4.2.1.3. La construcción de la Letrina Abonera Seca -----	88
4.2.1.4. Facilidad o dificultad en la construcción de la L.A.S. -----	90
4.2.1.5. El uso de las Letrinas Aboneras Secas -----	90
4.2.1.6. El mantenimiento de la Letrina Abonera Seca -----	91
4.2.1.7. El abono producido en las Letrinas Aboneras Secas -----	93
4.2.1.8. Participación de las familias en la autoconstrucción -----	94
CAPITULO V	
5. La estrategia metodológica-----	96
5.1. El proceso metodológico-----	96
5.1.1. Primer momento. El Diagnóstico comunitario (Dic.1998).-----	97
5.1.2. Segundo momento. Formulación del proyecto -----	103
5.1.3. Tercer momento. Ejecución del proyecto -----	104
5.2. La metodología de Capacitación en Cascada -----	108
5.1.4. Cuarto momento: Evaluación del proyecto -----	112
5.3. La participación social de las y los actores-----	113
CAPITULO VI -----	
6. Análisis de los procesos en el desarrollo de la experiencia-----	118

CAPITULO VII

7. A manera de conclusiones----- 127

7.1. Proyecto: “Redes Sociales y sostenibilidad del sistema alternativo de Saneamiento
Básico”. ----- 138

ANEXOS

BIBLIOGRAFIA

INDICE DE CUADROS

Cuadro No 1	
Distribución de la población por edad y sexo -----	15
Cuadro No 2	
Enfermedades prevalentes por edad -----	16
Cuadro No 3	
Distribución de la población por nivel educacional -----	17
Cuadro No 4	
Distribución de la población por actividad ocupacional -----	18
Cuadro No 5	
Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA)-----	30
Cuadro No 6	
Servicio Sanitario en la vivienda -----	39
Cuadro No 7	
Sistema de eliminación de excretas -----	39
Cuadro No 8	
Desagüe del Baño o Letrina-----	41
Cuadro No 9	
Desagüe del baño o letrina -----	42
Cuadro No 10	
Enfermedades Prevalentes por Edad-----	73
Cuadro No 11	
Perfil de Recursos Humanos Comunitarios-----	77
Cuadro No 12	
Organización del Comité de Letrinización -----	79
Cuadro No 13	
Material de construcción entregado/Letrina -----	89
Cuadro No 14	
Los problemas detectados -----	98

Cuadro No 15	
Problemas detectados por grupos vulnerables-----	99
Cuadro No 16	
Priorización de problemas (Escala 1= bajo, 2= medio, 3= alto)-----	100
Cuadro No 17	
Identificación de acciones estratégicas de intervención -----	101
Cuadro No 18	
Objetivo Comunitario 1 -----	102
Cuadro No 19	
Objetivo Comunitario 2 -----	102
Cuadro No 20	
Objetivo Comunitario 3 -----	102
Cuadro No 21	
7. Cronograma de actividades -----	153
Cuadro No 22	
8. Presupuesto General -----	154
Cuadro No 23	
Presupuesto General y por Partida -----	155

INDICE DE GRAFICOS

Grafico No 1

Estructura formal funcional ----- 26

Gráfico No 2

Estructura ----- 152

CAPITULO I

1. Una mirada retrospectiva al proyecto

A partir del año 1997, Cruz Roja Boliviana (CRB) prioriza la promoción del Desarrollo Comunitario Integrado, que postula el fortalecimiento del ser humano como objeto y sujeto de su propio desarrollo, el mejoramiento de la calidad de vida y el potenciamiento de la autogestión local.

El Desarrollo Institucional se sustenta en reconocer, entender e intervenir en la comunidad como un Territorio-Organización-Inteligente, mediante la planificación estratégica que se materializa en el **Plan de Desarrollo Local (PDL)**, construido participativamente con la comunidad, las instituciones gubernamentales y no gubernamentales y otros involucrados en cada Filial de Cruz Roja Boliviana. El mencionado Plan de Desarrollo Local y los procesos de la Planificación Participativa implementados por la Trabajadora Social desde la Dirección Nacional de la Unidad de Planificación y Proyectos, fueron socializados hacia el equipo técnico de la Oficina Nacional, conformado por las Direcciones Nacionales de las Unidades de Salud, Socorro y Desastres, Juventud, Planificación y Proyectos, Comunicación y Difusión, Capacitación y Voluntariado, Desarrollo de Recursos Financieros, a la Dirección Ejecutiva y hacia las 9 Filiales Departamentales y 18 Filiales Provinciales de la Cruz Roja Boliviana.

En el área de la planificación estratégica y como acciones previas al PDL, mediante la Gestión Social, Trabajo Social, coordinó la elaboración de los Planes Estratégicos de Desarrollo de la Cruz Roja Boliviana (PED) 2000 / 2004 y 2004 / 2008. Trabajó de manera participativa la evaluación del PED 2000 / 2004 y dirigió la integración de los procesos de la construcción y dirección de las estrategias, la selección de los recursos, las acciones de los programas operativos de las unidades y la Planificación Operativa Anual (POA), enfatizando en la generación de indicadores que

posibiliten el monitoreo y la evaluación de los proyectos, del Plan de Desarrollo Local y del Plan Estratégico de Desarrollo, la coordinación con la cooperación externa y la inversión de origen local y de origen nacional.

Es importante visualizar que en la Cruz Roja Boliviana, los proyectos de desarrollo comunitario y desarrollo institucional no surgen improvisadamente, sino que son el resultado de procesos de Diagnóstico, Planificación Participativa e Identificación de acciones estratégicas, dirigidos por Trabajo Social a través de la Dirección Nacional de la Unidad de Planificación y Proyectos. Así mismo, los procesos de Educación Social realizados a través de metodologías activo participativas, se centran en el diagnóstico, la elaboración y la gestión de proyectos participativos e instalan capacidades a nivel de equipos técnicos multidisciplinarios, voluntarias y voluntarios de la Cruz Roja Boliviana, las familias y las comunidades en las que la institución trabaja. A través de la información, el análisis de la realidad, la visualización de las necesidades, la problematización, la toma de conciencia de los asuntos de interés del barrio, se integran el saber con el poder hacer y es por medio de proyectos sociales, que se contribuye a satisfacer las necesidades con una perspectiva integral del desarrollo comunitario.

Otra principal característica de la influencia del Trabajo Social en el contexto institucional, se refiere al énfasis de la Promoción Social en las comunidades, a través de la cual se generan y/o fortalecen los procesos de organización y participación social, apoyando en la organización y reorganización de Organizaciones Territoriales de Base, la formación de líderes comunitarios funcionales mediante el desarrollo de competencias y habilidades específicas y facilita procesos y espacios de participación social, de comunicación e información.

Es en base a las consideraciones precedentes, que el proyecto “Letrinas Aboneras Secas. Una alternativa de servicios básicos para las familias del barrio 18 de Agosto de la ciudad de Trinidad. Beni”, es un componente más del Plan de Desarrollo Local. Surge de un proceso participativo iniciado mediante el Diagnóstico Comunitario, la

Priorización de problemas, la Planificación Participativa e identificación de acciones estratégicas.

Mejorar el saneamiento básico del barrio para prevenir las enfermedades de origen hídrico y de tratamiento de las excretas, es una necesidad identificada por la comunidad, la misma que al no contar con la Personalidad Jurídica de la Junta de Vecinos, no accede a programas de planificación urbana municipal, y por la vulnerabilidad geográfica (bajo nivel de los terrenos), sufre de inundaciones que anegan las letrinas subterráneas existentes, provocando el rebalse de las excretas humanas y la consiguiente contaminación de las viviendas y del barrio, el mal olor y la incidencia de Enfermedades de la piel (Impétigo, Escabiosis, Micosis, Sarcoptosis, Piodermatitis, Dermatitis de contacto, Tiña, Herpes) y las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA). Situación que requiere de una atención especial en lo que al tipo de saneamiento básico se refiere.

Es por esta razón que la Dirección Nacional de la Unidad de Planificación y Proyectos de la Cruz Roja Boliviana recurre a identificar nuevas alternativas de eliminación de excretas adecuadas a la realidad del barrio 18 de Agosto, mediante coordinación permanente con la Carrera de Ingeniería Sanitaria de la Universidad Mayor de San Andrés, la OPS/OMS, el Ministerio de Servicios y Obras Públicas a través del Vice Ministerio de Servicios Básicos, las ONGs ANESAPA EcoSanRes y el Comité Central Menonita en Santa Cruz, se obtuvo la información y apoyo técnico para la instalación de las Letrinas Aboneras Secas (L.A.S.).

Las L.A.S. poseen un sistema de construcción que no produce malos olores y lo más importante, las heces que están separadas de la orina, son depositadas en las cámaras impermeabilizadas de la letrina por lo que no contaminan las aguas subterráneas ni el medio ambiente. La “educación sanitaria” que conlleva esta tecnología, determina la posibilidad de lograr cambios de costumbres (hábitos) a nivel individual, familiar y comunitario para interrumpir las vías de transmisión de las

enfermedades relacionadas con el agua y el manejo de las heces humanas. Al mismo tiempo que protege el ecosistema disminuyendo los problemas causados por la contaminación del agua y de la tierra, recicla los recursos renovables como el agua y los nutrientes presentes en las heces humanas. Las heces dejan de ser una fuente de infección y se convierten, después de un tratamiento que dura seis meses a un año, en un abono orgánico muy útil para la agricultura.

1.1. Fundamentos

El proyecto se fundamenta en los siguientes criterios básicos: Desde la perspectiva del país, podemos afirmar que Bolivia vive un proceso de un fuerte crecimiento urbano, derivado de las altas tasas de migración rural – urbana, urbana – urbana; que ha originado la formación de barrios “marginales” caracterizados por la contravención a las normas municipales que limita el acceso a programas de desarrollo urbano, precariedad en la urbanización y en la vivienda, inaccesibilidad a sistemas sanitarios de abastecimiento de agua, de disposición de excretas y de eliminación sanitaria de basuras y residuos sólidos, que provocan la contaminación del suelo, del agua, del ser humano y origina enfermedades en las que el mecanismo de la transmisión encuentra un medio fértil y la enfermedad dispone de un campo abierto para su propagación.

En el año 2003¹, la situación del Saneamiento Básico en Bolivia se caracteriza porque “el Servicio Sanitario en el interior de la vivienda alcanza al 68.76 %. El principal tipo de desagüe referido al alcantarillado abarca solamente al 31.43 %, debido a los altos costos de inversión que suponen la incorporación del alcantarillado sanitario con arrastre de agua”. “El 31.24 % no cuenta con ningún sistema”.²

Datos que muestran la necesidad de enfrentar el problema, por lo que se formula un

¹ Instituto Nacional de Estadística. INE. *Actualización de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2003.*

² Instituto Nacional de Estadística. INE. *Actualización de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2003.*

proyecto cuyo *objetivo central* se refiere a “Contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias y el saneamiento básico del barrio 18 de Agosto de la ciudad de Trinidad. Beni, previniendo las enfermedades de origen hídrico y de tratamiento de las excretas”. Se afirma que la instalación de las Letrinas Aboneras Secas (L.A.S.) es el único y más significativo instrumento para modificar la situación de contaminación del medio ambiente y las enfermedades de origen hídrico y de tratamiento de las excretas.

Esta es la experiencia que se sistematiza y particularmente, el proceso de capacitación implementado para comprender el papel de los actores sociales, identificando fortalezas y debilidades y el impacto del proyecto en el desarrollo comunitario integrado, la adecuación de tiempos y la sostenibilidad en la construcción, funcionamiento y mantenimiento de Letrinas Aboneras Secas, para poder ser reeditada en comunidades en las que se hace imprescindible la implementación de sistemas alternativos de servicios básicos para las familias. Este proceso se fortalece con el planteamiento de una propuesta de capacitación en saneamiento básico con tecnologías alternativas a ser implementado por las Filiales Provinciales y Departamentales de la Cruz Roja Boliviana (C.R.B.).

Otro fundamento importante a considerar se refiere a la participación de las y los actores del barrio 18 de Agosto, quienes, no obstante las situaciones de vulnerabilidad cotidiana, han desarrollado capacidades que les permiten permanecer vivos e interaccionar socialmente. Tienen conocimientos, libertad de expresión y de pensamiento, que les permiten ser miembros activos de su barrio y las familias realizan actividades que en el ámbito doméstico van desde la compra de los bienes y su elaboración para ser consumidos, hasta la realización de otras tareas esenciales para la reproducción cotidiana; demandan y se esfuerzan por lograr servicios básicos, educación y salud entre otros, como resultado de la equidad en el ejercicio de sus derechos ciudadanos, los mismos que en el ámbito del saneamiento básico se traducen en el acceso a sistemas seguros y apropiados que se adapten a sus necesidades y a sus medios, que promuevan su participación activa en la planificación y en el manejo de los mismos,

y que además, tengan la capacidad de evitar que la comunidad contraiga enfermedades relacionadas con las excretas humanas e interrumpir el ciclo de transmisión de las enfermedades relacionadas con estas y la degradación del agua y de la tierra.

En el proceso se constituyó un equipo interinstitucional cuya conformación y funciones fueron las siguientes:

1. *La Dirección Nacional de la Unidad de Planificación y Proyectos de la Cruz Roja Boliviana*, dirigida por Trabajo Social, que participó activamente en todo el proceso de capacitación para la implementación de tecnologías alternativas de eliminación de excretas y facilitó el desarrollo de competencias y de transmisión de conocimientos en el trabajo de campo dirigidos al equipo técnico operativo del proyecto y a las familias del barrio 18 de Agosto.

Se coordinó y obtuvo apoyo técnico con el Vice Ministerio de Servicios Básicos a través de un Convenio de cooperación interinstitucional con Cruz Roja Boliviana Nacional (La Paz). Con el Comité Central Menonita, institución especializada en Letrinas Aboneras Secas, se logró la capacitación de los equipos técnico operativo y comunitario del proyecto, por medio de un técnico experto en Construcción, Funcionamiento y Mantenimiento de las LASF y la provisión de moldes metálicos para la construcción de las tazas.

Con *el Servicio Departamental de Salud de Beni* (SEDES Beni), coordinó la asignación y presencia permanente del Médico y de una Auxiliar de Enfermería en el Centro de Salud 18 de Agosto para la Atención Primaria de la Salud del barrio y el cumplimiento de las prestaciones de los Seguros Básico de Salud (SBS) y Universal Materno Infantil (SUMI) en los periodos correspondientes, realizando el seguimiento permanente a las actividades desarrolladas mediante información mensual sobre la prevalencia de las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), Enfermedades de la piel, Infecciones Respiratorias Agudas, Neumonías, Tuberculosis.

2. *El Vice Ministerio de Servicios Básicos*. Otorgó el asesoramiento técnico para la implementación de tecnologías alternativas de eliminación de excretas y realizó el enlace para la coordinación con el Comité Central Menonita del Departamento de Santa Cruz.

3. *El Servicio Departamental de Salud de Beni, (SEDES)*. Desarrolló acciones orientadas al fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud en el centro de Salud “18 de Agosto” y viabilizó el proyecto a través de la coordinación con personal de salud de este centro.

En Trinidad.

4. *Equipo técnico operativo del proyecto*, participó activamente en todo el proceso de capacitación para la implementación de tecnologías alternativas de eliminación de excretas. Facilitó el desarrollo de competencias y de transmisión de conocimientos en el trabajo de campo dirigidos al *equipo operativo comunitario* y a las familias del barrio 18 de Agosto. Coordinó y facilitó el cumplimiento del convenio Gobierno Municipal de Trinidad y Cruz Roja Boliviana Filial Beni.

5. *Junta de Vecinos “18 de Agosto”* con la participación de la nueva Presidenta Sra. Ruth Ortega de Fabricano, quien juntamente con el equipo técnico operativo del proyecto, logró la dotación de tierra por parte del Gobierno Municipal de Trinidad para el cierre de las Letrinas de pozo subterráneo que funcionaban en el barrio.

6. *Gobierno Municipal de Trinidad*, por medio del convenio de cooperación interinstitucional con Cruz Roja Boliviana, aportó con tierra para el cierre de letrinas antiguas y a través de personal técnico capacitó a las familias para el cuidado del medio ambiente.

1.2. Objetivos del proyecto

Los objetivos que orientaron el proyecto fueron los siguientes:

1.2.1. Objetivo General

“Contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias y el saneamiento básico del barrio 18 de Agosto de la ciudad de Trinidad. Beni, previniendo las enfermedades de origen hídrico y de tratamiento de las excretas”.

1.2.2. Objetivos Específicos

Promover procesos de enseñanza aprendizaje partiendo de las necesidades y demandas de las familias del barrio 18 de Agosto.

Construir e instalar Letrinas Aboneras Secas en las viviendas de 160 familias.

Conformar el Comité de Letrinización para fortalecer la organización social del barrio.

Fortalecer y dinamizar la participación comunitaria.

1.2.3. Indicadores Verificables

Se ha eliminado en 70 % la contaminación causada por las letrinas de pozo subterráneo y la eliminación de excretas al aire libre. Han disminuido en 25 % las enfermedades de origen hídrico y de tratamiento de las excretas (diarreas y enfermedades de la piel).

El 100 % (160) de las familias han auto construido e instalado su LASF y han

mejorado su calidad de vida.

El 100 % (160) de las familias, conocen los sistemas de construcción, funcionamiento y mantenimiento de las Letrinas Aboneras Secas y participan en todas las actividades del proyecto.

El 100 % (160) de las familias del barrio 18 de Agosto, con hábitos de higiene en el manejo de las excretas.

Se han eliminado el 100 % de las letrinas subterráneas y el 100 % de la eliminación de excretas al aire libre.

El Sistema de las L.A.S. responde a una necesidad y es de fácil entendimiento para el 100 % de las familias.

1.2.4. Resultados

R.1. Recursos Humanos Comunitarios con conocimientos sobre el proceso salud – enfermedad, formados en construcción, funcionamiento y mantenimiento de la L.A.S. desarrollan competencias, actitudes y capacidades para reciclar, orientar y transmitir conocimientos a las y los actores sociales del barrio.

R.2. Jefas y Jefes de Familia con conocimientos (Saben), procedimientos (Saben hacer), y que toman conciencia (Ser) han desarrollado competencias sobre el proceso salud – enfermedad, la prevención de enfermedades, la construcción, funcionamiento, uso y mantenimiento de las L.A.S., que las transmiten a sus familias mediante la higiene, las tareas en el uso adecuado y manejo de las excretas.

R.3. Construidas y funcionando las Letrinas Aboneras Secas (L.A.S.)

R.4. Conformado el COMITÉ DE LETRINIZACION para (1) sostener el sistema alternativo de las Letrinas Aboneras Secas, (2) movilizar las fuerzas sociales para potenciar las responsabilidades colectivas, (3) dinamizar la participación social, (4) fortalecer la organización social del barrio tendiente a lograr la legalidad del mismo.

R.5. Las familias participan en todas las actividades de salubridad y saneamiento, han eliminado la contaminación producida por las letrinas de pozo subterráneo y por la eliminación de excretas al aire libre en el barrio, y disminuyen las enfermedades de origen hídrico y de manejo de las excretas humanas.

1.2.5. Supuestos planteados

Trabajo Social gestiona el proyecto de manera adecuada y facilita procesos de capacitación en el manejo de instrumentos técnicos y administrativos al equipo técnico operativo del proyecto.

En la comunidad existen personas que tienen conocimientos previos en Saneamiento Básico o Salud Comunitaria y solicitan formar parte del equipo de Facilitadores y Visitadoras /es del proyecto. La comunidad los acepta y apoya.

Trabajo Social promueve la participación comunitaria mediante movilizaciones y actividades comunitarias que favorecen la comunicación, la interacción y la información.

El sistema de construcción facilita el aprendizaje de funcionamiento, uso y mantenimiento de las Letrinas Aboneras Secas, porque es simple y funcional y los contenidos educativos responden a los intereses y las experiencias de las familias.

El sistema alternativo de servicios básicos es adecuado a la realidad de la zona.

Las familias solamente utilizan las Letrinas Aboneras Secas Familiares en el barrio al año y medio de iniciado el proyecto, porque sus letrinas están completamente instaladas y cuidan su salud a través de la protección del medio ambiente.

El compromiso de trabajo por parte de los participantes del COMITÉ, fomenta la corresponsabilidad de las y los actores sociales del barrio, se mantiene luego de finalizado el proyecto, se cuenta con la colaboración activa de cada representante y desarrolla la organización y la participación social en el barrio. Trabajo Social ha fortalecido la organización de la comunidad a través del COMITÉ DE LETRINIZACION.

Las y los actores sociales del proyecto identifican mejoras en su "forma de vida" con la instalación de las Letrinas Aboneras Secas en sus viviendas, a través de la oportunidad del desarrollo de la vida cotidiana familiar en una mayor superficie de sus lotes de terreno, la eliminación del mal olor en sus viviendas, la mejora en las relaciones entre vecinos, por lo que participan activamente en la limpieza, mantenimiento y uso de su Letrina Abonera Seca y el cuidado del entorno.

El sistema de las Letrinas Aboneras Secas, es un factor determinante para la disminución de las enfermedades de origen hídrico y de manejo de las excretas humanas

Las niñas y los niños conocen el funcionamiento y utilizan correctamente el sistema.

1.2.6. Fuentes de Verificación

- Lista de Participantes en los Talleres de Formación. Informes fotográficos.
- Informes técnicos. Programas educativos.
- Material educativo elaborado: Manuales de Capacitación, Cartel educativo, Tríptico.

- Actas de entrega y recepción de materiales de construcción. Testimonios
- Composición del Comité de Letrinización, Manual de funciones. Acta de reuniones e
- informes de trabajo.
- Información estadística del Centro de Salud 18 de Agosto. Línea de Base EDA, Sar-
- coptosis, Hongos.
- Informes de Visitadoras /es y Facilitadores sobre el trabajo que realizan con las
- Familias. N° de cubos de tierra. Gobierno Municipal de Trinidad.

CAPITULO II

2. Contextualizando el proyecto

“Letrinas Aboneras Secas. Una alternativa de servicios básicos para las familias del barrio 18 de Agosto de la ciudad de Trinidad del Departamento del Beni.”

2.1. La dinámica del barrio 18 de Agosto.

2.1.1. Procesos de ocupación del suelo y el entorno social

El barrio 18 de Agosto ubicado al sur oeste de la ciudad de la Santísima Trinidad, entre el anillo de circunvalación y el arroyo San Juan, presenta una forma de agrupación regular a través de manzanas en las que se distribuyen 160 lotes de terreno de 230 m² cada uno; surge el año 1985 cuando en el área se construyó el Mercado Campesino destinado a facilitar el expendio de productos agrícolas provenientes del Parque Nacional Isiboro Sécore y de San Ignacio de Moxos, y es así que los productores y sus familias empezaron a ocupar los espacios en los alrededores del mercado para pernoctar esporádicamente.

Fuentes de trabajo en la ciudad, vivienda barata y el mantenimiento de los vínculos y comunicación con sus familias de origen, dieron lugar a la formación del vecindario que los protege de la transculturización y de las pérdidas de su identidad y valores³. Sin embargo, actualmente, se advierten carencias en ingresos y consumo de los hogares, precariedad en el hábitat, la tenencia y la calidad de la vivienda, ausencia de servicios básicos y urbanos, hacinamiento e insalubridad, que se constituyen en riesgos

³ Chadi Monica *Las Redes Sociales en el Trabajo Social*. ESPACIO, BS AS. 2000 (Pag 63)

que se traducen en patrones de enfermedad⁴ (Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), Enfermedades de la piel, Infecciones Respiratorias Agudas (IRA).

El barrio se encuentra asentado en terrenos bajos e inundables de propiedad de la Familia Duran Henrich, no aptos para realizar asentamientos humanos y carentes de títulos de propiedad actualizados. Sin embargo, el crecimiento urbano que experimenta la ciudad de Trinidad, incrementa los asentamientos en la zona.

No obstante la condición de ilegalidad, la organización barrial ha prevalecido desde el inicio y adecuada a la Ley de Participación Popular, la Junta de Vecinos (Organización Territorial de Base), elabora Planes Operativos Anuales (POA) para ser integrados en los planes de Desarrollo Urbano del Gobierno Municipal de Trinidad.

Saneamiento Básico

No existe Alcantarillado, las familias han instalado ⁵140 letrinas de pozo subterráneo (de bajo costo), 8 letrinas con pozo séptico (de mediano costo) y 12 familias realizan sus deposiciones al aire libre en las áreas verdes circundantes al barrio.

El barrio carece de sistemas de desagüe pluvial y sanitario. Las aguas servidas de las viviendas y del Mercado Campesino, forman charcos y grandes pozas de agua negra y maloliente que se convierten en criaderos de mosquitos.

El agua potable se encuentra solamente en el ⁶20 % de las viviendas, el 80 % restante consume agua de 3 norias comunitarias instaladas en las partes más bajas de la comunidad. A la fecha, la ONG Visión Mundial, realizó la instalación parcial de la red por cañería, que se encuentra en proceso de consolidación previa coordinación de la

⁴ Breilh Jaime, Granda Edmundo. *Investigación de la salud en la sociedad*. Edit. Fundación Salud y Sociedad. La Paz. 1985. (Pag. 50)

⁵ Cruz Roja Boliviana. *Diagnóstico comunitario del barrio 18 de Agosto*. Trinidad. Diciembre 1998

⁶ Cruz Roja Boliviana. *Diagnóstico comunitario del barrio 18 de Agosto*. Trinidad. Diciembre 1998

Junta de Vecinos, la Cooperativa de Agua Potable de Trinidad (COATRI) y el cumplimiento de compromisos de la comunidad, relacionados con el pago por la instalación del sistema y las mensualidades por el consumo de agua.

Vivienda

El 80 % de las viviendas construidas con madera noble, hojas de motacú y “chuchio”⁷, cuentan con dos habitaciones promedio y los pisos en un 90 % son de tierra. El 20 % cuenta con 2 ó 3 cuartos / vivienda adicionales, que sirven para albergue o alquileres. Se evidencia un paulatino proceso de construcción con ladrillos, cemento y techos de teja, que se realiza a iniciativa de los hijos jóvenes.

La utilización de los espacios en el lote de terreno (230 m²), se circunscribe a las áreas de la vivienda, debido al mal olor y la contaminan del ambiente que producen las letrinas subterráneas construidas en la parte de trasera de los lotes de terreno.

2.1.2. Características sociodemográficas Edad y Sexo

Cuadro No 1

Distribución de la población por edad y sexo

Grupos de Edad	Varones	%	Mujeres	%	Total	%
0 a 4 años	80	14.78	95	16.40	175	15.62
5 a 9 años	87	16.08	74	12.78	161	14.37
10 a 14 años	82	15.15	72	12.43	154	13.75
15 a 19 años	63	11.64	77	13.29	140	12.50
20 a 24 años	49	9.05	56	9.67	105	9.37
25 a 29 años	23	4.25	29	5.00	52	4.64
30 a 34 años	21	3.88	24	4.14	45	4.01
35 a 39 años	24	4.43	29	5.00	53	4.73
40 a 44 años	24	4.43	38	6.56	62	5.53
45 a 49 años	20	3.69	35	6.04	55	4.91
50 a 54 años	24	4.43	26	4.49	50	4.46
55 y mas años	29	5.36	39	6.73	68	6.07
TOTAL	541	100	579	100	1.120	100.00

Fuente: Cruz Roja Boliviana. *Diagnóstico Comunitario del Barrio 18 de Agosto, 1998*

⁷ “Chuchio”, es una variedad de caña hueca propia de la zona y de múltiples utilidades.

Existe concentración en el grupo de 0 a 24 años (66 %), la población es joven con predominio de las mujeres. El 15.62 % son niñas y niños menores de 5 años, hecho que se constituye en una gran responsabilidad de las familias del barrio en relación al desarrollo, la formación del capital humano y la respuesta de la satisfacción de las necesidades básicas, el acceso a la alimentación, la salud, la educación, la vivienda y los servicios básicos. Estas demandas van en crecimiento, cuando la población de 5 a 19 años, representa el 40.62 % y 49.07 % de la población femenina se encuentra en edad reproductiva, situación que repercute en los índices de natalidad del barrio, manifiesto en el alto porcentaje de niños y niñas menores de 5 años.

Solo el 29.73 % son varones comprendidos entre los 20 a los 49 años, hecho que demuestra el permanente proceso de migración de estos. El 10.53 % se encuentra conformado por personas comprendidas entre los 50 años y más, que no se encuentran en edad de proveer y contribuir económicamente a las familias, lo que ocasiona mayor inversión de los recursos familiares o el abandono de este grupo etéreo.

La Salud⁸

Cuadro No 2

Enfermedades prevalentes por edad

Enfermedades	Menor de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a más años	Total
Infecciones Respiratorias Agudas.	60	79	5	5	144
Enfermedades Diarreicas Agudas.	28	39	9	20	96
Tuberculosis.	X	X	2	2	2
Neumonía.	2	X	X	X	2
Enfermedades de la piel.	15	12	8	11	46

Fuente: Centro de Salud 18 de Agosto Gestión 2000

Prevalecen las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), en menores de 1 año y de 1 a 4 años, que se encuentran relacionadas con las condiciones del clima, de las

⁸ Centro de Salud “18 de Agosto” Gestión 2000

viviendas y el cuidado que dispensan las madres o la familia; siendo una práctica común la de dejarlos solos en sus viviendas a cargo de otros menores o “recomendados a la vecina”, en el mejor de los casos.

Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), concentradas en menores de 1 año y en los de 1 a 4 años, se encuentran íntimamente relacionadas con las ⁹condiciones del medio ambiente como el abastecimiento de agua, la contaminación del suelo, la disposición de las excretas, la convivencia con moscas y roedores, la protección de los alimentos y los hábitos higiénicos en la manipulación de los alimentos.

Las Enfermedades de la piel como el Impétigo, Escabiosis, Micosis, Sarcoptosis, Piodermatitis, Dermatitis de contacto, Tiña, Herpes, también prevalecen en menores de 1 año y entre los de 1 año y 4 años y son causadas por la falta de higiene personal, la contaminación del suelo de las viviendas y de la comunidad, que se agudiza por las inundaciones permanentes del barrio, que producen el rebalse de las letrinas subterráneas, esparciéndose las heces y la orina en la comunidad.

La Educación

Cuadro No 3

Distribución de la población por nivel educacional

Nivel	Porcentaje
Primario	57
Secundario	31
Formación técnica	1
Ningun nivel de instrucción	11

Fuente: Cruz Roja Boliviana. *Diagnóstico Comunitario del Barrio 18 de Agosto. 1998*

El 57 % de la población ha cursado hasta el nivel Primario, un 31 % ha cursado hasta el nivel Secundario, el 1 % cuenta con formación técnica y el 11 % no cuenta con ningún nivel de instrucción. Los hombres son los que presentan mayor escolaridad, ya

⁹ Salinas Cordero Sergio. *Ingeniería Sanitaria aplicada al Saneamiento y la Salud Pública*. Unión Topográfica Hispano Americana. México 12 DF. 1998 (Pag. 148-150)

que las mujeres solamente permanecen en el nivel primario hasta aprender a leer y escribir para luego apoyar en las labores domésticas de la familia.

Empleo e ingresos

Cuadro No 4

Distribución de la población por actividad ocupacional

Actividades	Porcentaje de ocupación
Obrero o empleado	30
Trabajador informal en ladrillera	6
Agricultor o empleado de ganadería	17
Trabajadora del Hogar	12
Albañil	12
Comerciantes de venta de comida	10
Transportistas	6
Artesanos	7

Fuente: Cruz Roja Boliviana. *Diagnóstico Comunitario del Barrio 18 de Agosto. 1998*

El 30 % de la población (mujeres y varones adolescentes, adultos, adultos mayores) realizan trabajos eventuales que no requieren de una capacitación específica (obreros, jornaleros, empleados) con salarios promedio 80 Dólares americanos mensuales.

El 6 % se dedica a la producción de ladrillos y tejas. El 17 % vive de la agricultura y/o trabajan como empleados en estancias ganaderas y se ausentan por espacios prolongados de tiempo, dejando a esposas hijos en condiciones difíciles.

12 % de las mujeres se desempeñan como Trabajadoras del Hogar, el 10 % en el comercio informal por cuenta propia mediante la venta de alimentos y en la atención de kioscos con un salario mensual que oscila entre los 30 y 40 dólares americanos. El 7 % realizan artesanías con semillas, raíces, caparazón de tortugas y otros productos del monte.

El 6 % de los hombres desarrollan actividades como moto taxistas a través del cual obtienen 0.25 cts. de dólar por carrera. El 20 % de los niños trabajan como

lustradores de zapatos y como dependientes en pequeños puestos de lavado de motos. Las niñas venden frutas, repostería casera que elaboran sus madres como actividad eventual.

La característica de “acogida a los inmigrantes de las zonas rurales” de la zona, unida al mantenimiento de relaciones familiares, incorpora a parientes como inquilinos y se logran ingresos adicionales para la economía familiar.

La familia

En el barrio 18 de Agosto existen 160 familias conformadas por 6/7 personas promedio. La Jefatura se encuentra distribuida entre 84 mujeres y 76 varones de entre 15 y 65 años de edad, de los que, el 80 % no han nacido en la ciudad de Trinidad y permanecen en el barrio alrededor de 17 años. Predomina la familia de tipo nuclear (57%) y el monoparental a cargo de la madre (43 %), aunque conviven esporádicamente con suegros, abuelos, tíos, sobrinos, ahijados, nietos.

En las parejas predomina el concubinato, con cortos periodo de permanencia en la familia por parte de los hombres, quienes “aparecen y desaparecen”, situación por la que aunque predomina el modelo nuclear, un mayor porcentaje de mujeres son las que desempeñan la jefatura de la familia.

Las y los adolescentes inician actividades sexuales a partir de los 12 años, por lo que se manifiestan embarazos precoces que al ser tan habituales, las madres (abuelas) se responsabilizan de la vida y la salud de los nietos; aceptan la necesidad de que las y los progenitores de los mismos “rehagan su vida”. En la zona van en aumento las y los niños menores de 1 año y en el Centro de Salud 18 de Agosto se han evidenciado casos de desnutrición severa debido al abandono y maltrato infantil originado por las madres adolescentes abandonadas por sus parejas. Además existen casos de recién nacidos que

son regalados por sus progenitores, siendo esta una practica permanente en áreas rurales del Departamento del Beni.

Equipamiento comunitario.

Educación: Construcción nueva del **Colegio de nivel Primario y Secundario “Elsa de Durán”**, con una capacidad de 1.200 alumnas y alumnos.

Salud: Centro de Salud 18 de Agosto, de Atención Primaria de Salud, creado en 1999, con una cobertura de 1.120 personas residentes del barrio 18 de Agosto. Es el primer proyecto del Plan de Desarrollo Local (PDL) denominado “Equipamiento del Centro de Salud 18 de Agosto y Educación Comunitaria en Salud”. Gestionado por el Servicio Departamental de Salud (SEDES BENI) en la actualidad ha ampliado la cobertura a los barrios de Villa Jimena, 30 de Agosto, San Juan, Mangalito, Villa Corina.

El Mercado Campesino, es el centro de abastecimiento de alimentos y el espacio de inserción de la población del barrio 18 de Agosto en el comercio informal.

2.1.3. Organización y participación vecinal

Organizaciones Territoriales de Base. La existencia de la Junta de Vecinos como el ente formal de representación del barrio ha sufrido crisis y conflictos permanentes, pero no obstante la situación de ilegalidad, ha logrado la construcción del Colegio, el tendido de la red domiciliaria para dotar de agua potable a la zona. Con el Gobierno Municipal de Trinidad la inclusión del Plan Operativo Anual (POA) del barrio 18 de Agosto.

Organización informal. Existen nueve familias del barrio, que desarrollan liderazgo informal por sus capacidades de convocatoria, por la disposición de recursos materiales y económicos en caso de emergencias y por los contactos personales en las

instituciones del Estado. Estas familias acreditan la identidad del barrio, cualidad que es reconocida por vecinas y vecinos.

2.2. El ámbito institucional

2.2.1. El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

Es una organización humanitaria sin fines de lucro, fundada el año 1863, que surge como una respuesta a la atención sanitaria de los combatientes en el campo de batalla en la guerra sostenida entre Austria y Francia (1859) y para lo cual, se crea un *emblema protector*, simbolizado por una cruz roja en un fondo blanco, el mismo que obtuvo el reconocimiento de protección y cuidado de víctimas y combatientes de la guerra; protección que fue extendida a la población civil.

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja se encuentra integrado por el Comité Internacional de la Cruz Roja (**CICR**), la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (**FICR**), las 181 Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja distribuidas en todo el mundo.

2.2.2. La Sociedad Nacional de la Cruz Roja Boliviana

La Cruz Roja Boliviana, es una organización humanitaria, sin fines de lucro, de servicio, voluntaria, autónoma, independiente, auxiliar de los poderes públicos y en especial del Servicio de Sanidad de las Fuerzas Armadas, de conformidad a lo previsto por los Convenios de Ginebra. Surge como una respuesta inmediata a las demandas y las necesidades del país durante la guerra del Pacífico librada contra Chile en el año 1879. Fundada oficialmente el 15 de mayo de 1917, forma parte del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, siendo reconocida por el Comité Internacional de la Cruz Roja el 10 de enero de 1923, como miembro No 50 y por la Federación

Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja el 22 de enero de 1923, como miembro No 53. Se encuentra oficialmente reconocida por el Gobierno Boliviano, mediante Resolución Suprema de fecha 23 de agosto de 1938 y mediante Ley N° 2390 promulgada por el Poder Ejecutivo el 23 de mayo de 2002, fue reconocido el emblema protector.

2.2.3. Los Subsistemas

2.2.3.1. El Subsistema Razón de Ser

La Misión

Somos una organización humanitaria de carácter voluntario, sin fines de lucro, que basada en siete principios fundamentales y un emblema reconocido internacionalmente, contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas más vulnerables, promoviendo el desarrollo de sus capacidades.

La Visión

Una organización participativa y de desarrollo, que incrementa la generación de recursos propios, con un voluntariado fortalecido, generando gestión eficiente y efectiva, prestando servicios de calidad.

Los Valores y Principios Fundamentales¹⁰

El Derecho Internacional Humanitario, protege la vida de los combatientes en los conflictos armados, determinando normas en la utilización y fabricación de armas, la atención sanitaria a través de la instalación de hospitales y personal capacitado identificados por la Cruz Roja como emblema protector. Preserva la vida de los prisioneros en centros de reclusión y brinda seguridad a la población civil mediante la

¹⁰ Cruz Roja Boliviana. *Plan Estratégico de Desarrollo 2004 – 2008*. La Paz. Dic. 2003

utilización del emblema protector en los campos de refugiados y en las ciudades aledañas a las zonas en conflicto.

1. Principio de Humanidad: Protege la vida y la salud, y hace respetar a la persona humana. Favorece la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre los pueblos.

2. Principio de Neutralidad: Se abstiene de tomar parte en las hostilidades, y en todo tiempo, en las controversias de orden político, racial, religioso e ideológico.

3. Principio de Voluntariado: Es un movimiento de socorro voluntario y de carácter desinteresado.

4. Principio de Universalidad: Todas las Sociedades Nacionales tienen los mismos derechos y el deber de ayudarse mutuamente.

5. Principio de Imparcialidad: No hace distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político.

6. Principio de Independencia: Las Sociedades Nacionales deben conservar una autonomía que les permita actuar siempre de acuerdo con los Principios del Movimiento.

7. Principio de Unidad: En cada país solo puede existir una sola Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio.

Los Objetivos Generales que orientan el accionar de la Cruz Roja Boliviana son:

Objetivo 1

Nuestros planes, programas y proyectos trabajan de manera integral, en unidades territorios poblacionales en base a un Plan de Desarrollo Local, para la promoción de los principios fundamentales y los valores humanitarios del movimiento, la gestión de desastres, la salud y asistencia a los más vulnerables.

Objetivo 2

Promover el desarrollo organizacional de Cruz Roja Boliviana, fortaleciendo los recursos humanos, integrando la dirección, la comunicación y la generación de recursos propios a fin de garantizar la continuidad de los programas y acciones de la Sociedad Nacional.

Objetivo 3

Desarrollar una red nacional integrada con todas las filiales de Cruz Roja Boliviana, fortaleciendo la relación con aliados estratégicos y del movimiento, para acceder de manera eficaz a la cooperación de asociaciones y financiación a largo plazo, así como a los procesos de acuerdos de cooperación estratégica, a fin de mejorar el desarrollo comunitario e institucional.

Políticas

1. Asegurar el uso correcto del Emblema en todo tipo de acción y participación.
2. Cooperar con los poderes públicos, para difundir y respetar el Derecho Internacional Humanitario.
3. Contribuir mediante programas y acciones integradas, conjuntamente con los poderes públicos a **i)** mejorar el nivel de salud y de vida, **ii)** procurar el bienestar social y **iii)** aliviar el sufrimiento humano, de la comunidad, dando prioridad a los grupos más vulnerables del país.
4. Ejecutar monitoreo y evaluación, en todo accionar de la Cruz Roja Boliviana.
5. Fomentar y promocionar los Derechos Humanos, la cultura de paz, la equidad de género, generacional y étnica.
6. Propiciar la participación comunitaria y el fortalecimiento institucional en acciones compartidas con el gobierno y otros asociados.
7. Desarrollar las capacidades y potencialidades del voluntariado, niñas, niños, adolescentes y jóvenes, mediante mecanismos efectivos para el desarrollo de Recursos Humanos y Financieros.

8. Transversalizar en toda acción la Formación Institucional Básica, los Principios Fundamentales y el Derecho Internacional Humanitario, el género, violencia e interculturalidad.

Áreas de los servicios

1. El Desarrollo Organizacional

- Fortalecer Cruz Roja Boliviana mediante la modernización del proceso gerencial con calidad, el incremento de la generación de recursos propios, el fortalecimiento del Voluntariado, el desarrollo de las capacidades de los Órganos de Gobierno y Gestión y la promoción de Valores Humanitarios, mediante Programas de Capacitación destinados a mejorar el trabajo de estos.

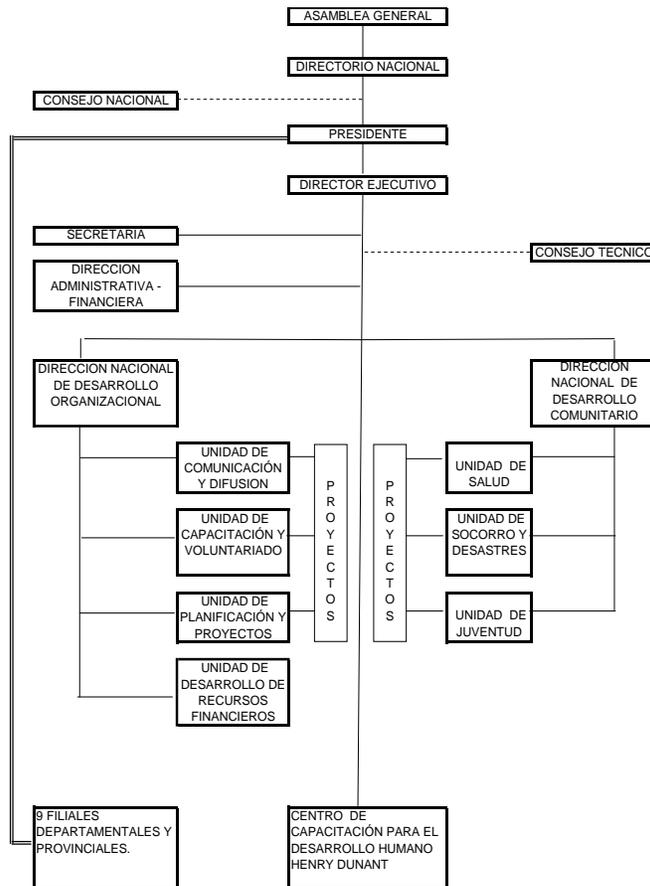
2. El Desarrollo Comunitario

- Consolidar un sistema integral de gestión de desastres con énfasis en la educación y la prevención, la disminución de la morbilidad y mortalidad infantil y materna, la promoción de la donación voluntaria de sangre, el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de la comunidad para la atención y cuidado de su salud, la disminución de la situación de violencia en todas sus expresiones y la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual, el vih y sida y reducir el estigma y la discriminación.
- Contribuir al mejoramiento y conservación del Medio Ambiente.
- Fortalecer los proyectos de desarrollo comunitario e institucional

2.2.3.2. El Subsistema Estructural

Grafico No 1

Estructura formal funcional



Fuente: Cruz Roja Boliviana. Plan Estratégico de Desarrollo 2004 -2008.

(**Trabajo Social**, desempeña las funciones de la Dirección Nacional de Desarrollo Organizacional y la Jefatura Nacional de la Unidad de Planificación y Proyectos).

Existen dos entes ejecutivos claramente diferenciados: *a) El Gobierno* conformado por voluntarias y voluntarios, quienes son los únicos que tienen la potestad de integrar la Asamblea Nacional, Directorio Nacional y el Consejo Nacional, Directorios Departamentales y Provinciales y Jefaturas Departamentales y Provinciales

de los Programas Operativos del Desarrollo Comunitario e Institucional, que basan su accionar en los Estatutos y Reglamentos de Cruz Roja Boliviana.

La Asamblea General elige a la Presidencia Nacional cada 4 años y esta nombra a sus inmediatos colaboradores que integran al Directorio Nacional: 1. Vice Presidencia; 2. Tesorería; 3. Secretaría General; 4. Secretaría de Coordinación, 5. Secretaría de Vinculación; 6. Secretaría de Actas y 2 Vocalías.

El nivel máximo de autoridad está a cargo de la Presidencia del Directorio Nacional, instancia que realiza actividades de gobierno ante los entes del Movimiento Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Y a nivel de la gestión, Presidencia Nacional realiza la coordinación con la Dirección Ejecutiva, que es la instancia que enlaza el gobierno y la gestión.

b) La Gestión, integrada por personal técnico multidisciplinario que desempeña funciones en la Sede Central de Cruz Roja Boliviana a través de la Dirección de Desarrollo Comunitario, bajo a responsabilidad de Socorro y Desastres y la Dirección Nacional de Desarrollo Organizacional bajo la responsabilidad de **Trabajo Social**, además de la Jefatura Nacional de Planificación y Proyectos. Se cuenta con el Manual de Funciones adecuado a la Misión y Visión de la Cruz Roja Boliviana y Programas de Desarrollo Comunitario y Organizacional. Así mismo, existe un Reglamento interno elaborado de manera participativa entre la Gestión y el Gobierno de la Cruz Roja Boliviana.

2.2.3.3. El Subsistema Gerencial

La Planificación

1. El Plan Estratégico de Desarrollo (PED) 2004 – 2008, previa la evaluación participativa del Plan de Desarrollo 2000- 2004, se elabora entre la Sede Central, 9

Filiales Departamentales y 18 Filiales Provinciales a través de 300 voluntarias y voluntarios, el personal técnico multidisciplinario y la coordinación de la postulante en su calidad de Directora Nacional de la Unidad de Planificación y Proyectos. Se constituye en un instrumento para la gestión institucional por el lapso de 5 años. Es la base de negociación para la cooperación interna y externa, con aliados estratégicos y las comunidades con las cuales trabaja. Es un nexo entre la Estrategia 2010 del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, el Plan de Acción 2003-2007 de la XVII Conferencia Internacional y los Planes de Desarrollo Local.

Se implementa en toda la Sociedad Nacional, mediante 2 Programas Integrados que responden a la nueva forma de pensar y actuar de CRB. a) el *Programa de Desarrollo Organizacional* y b) el *Programa de Desarrollo Comunitario*, que permiten elaborar y ejecutar el Plan de Desarrollo Local.

2. El Plan de Desarrollo Local (PDL) Es un instrumento de planificación estratégica y de inversión que permite integrar las acciones de los departamentos operativos y la inversión hacia el desarrollo sostenido de un **Territorio – Organización – Inteligente**, basado en la vulnerabilidad, la equidad y la sostenibilidad y que por ende contribuyen al fortalecimiento de la Cruz Roja local (Institucional). El PDL se enmarca en el **PED 2004-2008** de la Cruz Roja Boliviana. Se enfoca en (1) Las necesidades sustanciales no atendidas de las comunidades, para que a través de proyectos, se logre satisfacer las mismas. (2) Orientar las acciones a propósitos integrales del desarrollo social, trabajando con voluntarias y voluntarios y con la comunidad. (3) Integrar y orientar el número de proyectos en función a la inversión de la cooperación externa, local y nacional. (4) Generar indicadores que posibiliten el monitoreo y la evaluación de los proyectos, así como del impacto de los mismos en la comunidad y en la filial respectiva.

3. Planes Operativos Anuales (POA) de las Direcciones Nacionales de Desarrollo Comunitario y Desarrollo Organizacional, elaborados por equipos

multidisciplinarios, con indicadores de resultado e impacto. Estos planes tienen su correlato en las Jefaturas de programas departamentales y provinciales.

4. *Planificación Presupuestaria anual*, integrada por recursos propios y recursos provenientes de proyectos de cooperación al desarrollo.

5. *Proyectos integrados*, buscando la concentración de los esfuerzos, permanencia en tiempo y espacio y como consecuencia, la generación de un mayor impacto en el desarrollo comunitario.

6. *Plan de Cooperación con aliados estratégicos y cooperación internacional (CAS). Estrategia Apoyo País*, conformado por Políticas, Reglamentos y Sistemas elaborados por Cruz Roja Boliviana para normar el acceso y el relacionamiento con la financiación a largo plazo.

Cuadro No 5

Análisis de Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas (FODA)

	CAPACIDAD DE RESPONDER A LA VULNERABILIDAD	SOCIEDAD QUE FUNCIONA BIEN	TRABAJAR JUNTOS CON EFICACIA
FORTALEZAS	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos Humanos capacitados en desarrollo comunitario. - Contar con Planes de Desarrollo Local (PDL). - Convenios con el Gobierno e interinstitucionales. - Presencia Nacional. - Infraestructura Propia. - Imagen Institucional. - Voluntad política institucional de trabajo con los vulnerables. 	<ul style="list-style-type: none"> - Voluntariado. - Organización Consolidada. - Marco Jurídico establecido. - Oficina de planificación y proyectos. - Sistema Administrativo Contable. - Registro Único Nacional de Voluntariado. - Software para educación a Distancia. - Pagina Web. - Sistemas de comunicación en todas las Filiales. - Ley del Emblema. - Contar con un Plan Estratégico de Desarrollo (PED) 	<ul style="list-style-type: none"> - Alianzas estratégicas con instituciones y convenios. - Imagen institucional. - Infraestructura para capacitación. - Contar con un sistema administrativo contable. - Contar con una oficina de planificación. - Trabajar con la presencia de Cruz Roja Española.
DEBILIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - Carencia de Políticas y estrategias de retención de Voluntarios y Voluntarias. - Falta de cultura en los procesos de planificación y ejecución en la gestión. - Falta de políticas y estrategias para generar recursos propios. - No existen políticas de gestión de recursos materiales. - Insuficientes canales de comunicación interna. - Deficiente visibilidad como organización de desarrollo. - Insuficiencia de recursos humanos y financieros para respuesta inmediata. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de integración entre Órganos de Gobierno y Órganos de Gestión. - Insuficiente involucramiento de los Órganos de Gobierno en la gerencia y la planificación. - Ausencia de una política de gestión de proyectos. - Falta de una estrategia de retención y motivación del Voluntariado. - Falta de estrategias hacia la sostenibilidad. - Sistema organizacional disperso. - No existe una política clara de desarrollo de recursos humanos. - No existe un plan de fortalecimiento institucional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de capacidad de negociación con otras organizaciones. - Falta de respuesta inmediata a oportunidades. - Poca concentración de esfuerzos. - Insuficiente búsqueda activa de aliados estratégicos.
OPORTUNIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - Marco Jurídico nacional para nuestras acciones. - Aceptabilidad de la comunidad. - Permanencia en un área geográfica determinada. - La cooperación externa. - Reconocimiento de la población hacia los servicios que ofrece la Cruz Roja. - Demanda de servicios que oferta la Cruz Roja. - Propuestas de capacitación por otras instituciones. - Fortalecimiento institucional a través de los recursos captados para desastres. - Convocatorias para captar recursos a través de proyectos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Convocatorias para captar recursos a través de proyectos. - La disponibilidad de organismos internacionales y nacionales de trabajar con una CRB transparente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aprovechar el PED como un instrumento de negociación. - La sinergia con instituciones similares a CRB.
AMENAZAS	<ul style="list-style-type: none"> - Uso inadecuado del emblema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso inadecuado del emblema. - Voluntarios de CRB que son captados por otras instituciones similares a nosotros. - Sociedad Nacional que trabaja en un contexto de pobreza estructural. 	<ul style="list-style-type: none"> - Democracia nacional débil. - Inestabilidad política y social. - Poca participación comunitaria de los programas.

Fuente: Cruz Roja Boliviana. Proceso de evaluación del PED 2000 / 2004. La Paz. 2004

2.3. Análisis situacional del Saneamiento Básico

2.3.1. El Saneamiento Básico en el mundo.

¹¹Anualmente en el mundo, 2.5 millones de niños mueren a consecuencia de la diarrea, hecho que se podría haber prevenido mediante un buen sistema de saneamiento; así mismo, otros tantos millones de niños sufren de carencias alimentarias, educativas y económicas debido a la diarrea, situación que también podía haberse evitado mediante mejoras en el saneamiento, principalmente en el manejo de las heces humanas, las que en ultima instancia son las responsables de la transmisión de la diarrea, la esquistosomiasis, el cólera, la tifoidea y de otras enfermedades infecciosas e infecciones parasitarias causadas además por los residuos sólidos que se encuentran en el ambiente.

A partir de 1980, se realizan grandes inversiones para el abastecimiento de agua, pero los beneficios para la salud se han visto seriamente limitados debido al deficiente progreso del manejo de las heces humanas, situación que aunada al número de víctimas que ocasionan las mencionadas enfermedades, se constituye en una amenaza ambiental de primer orden para los recursos hídricos en todo el mundo y en un obstáculo para los avances relacionados con la dignidad humana aún mas, cuando existe una relación directa entre la urbanización, el crecimiento demográfico y los riesgos de un saneamiento deficiente.

2.3.2. El Saneamiento Básico en América Latina.

Cuando nos preguntamos ¿Qué sucede en América Latina?, ¿por qué no vemos mejoras en el saneamiento?, es importante observar que no existe una visión integral de la Salud, ya que las intervenciones al ser muy específicas se caracterizan por:

¹¹ Simpson-Hébert M, Word S, eds. 1998. *Promoción del Saneamiento*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud OMS./ Consejo colaborador de Abastecimiento de Agua y Saneamiento (Pag. 11)

- a) Mayor atención al abastecimiento de agua a expensas del manejo de las heces y la educación sobre higiene y por ende, menor cantidad de recursos para el saneamiento básico y del manejo de las heces humanas.
- b) La permanente y mecánica utilización de los sistemas convencionales de manejo de las heces que utilizan agua, limitan el acceso de mayor cantidad de usuarios y no se visualizan los efectos beneficiosos en la salud, la economía y el medio ambiente.
- c) Indiferencia ante las preferencias y la conducta de los consumidores. Las mujeres que son agentes potenciales de cambio, no toman decisiones sobre enfrentar el problema del saneamiento. Son los hombres los que deciden.
- d) El público usuario rehúsa hablar sobre el manejo de las heces, influenciados por tabúes y creencias culturales que consideran a estas como algo desagradable y peligroso que no merece ser tratado públicamente.
- e) La desigualdad,¹² y la pobreza, son factores dañinos para el potencial de crecimiento de las sociedades ya que afectan **a)** al nivel de ingresos y **b)** al acceso a servicios básicos como baños higiénicos y electricidad.

El tamaño de la brecha entre los pobres y los ricos en términos de estos servicios varía mucho en América Latina. La misma tiende a ser más grande para baños higiénicos que para electricidad y agua, casos para los cuales la cobertura es más generalizada. Sin embargo, en varios países la diferencia en la fracción de hogares con acceso directo al agua o a la electricidad en su casa es mayor.

¹² Banco Mundial. “*Desigualdad en América Latina*” *¿Rompiendo con la historia?* Ed. Alfaomega Colombiana S.A. 2005 (Pag. 122-125)

Ante esta situación de extrema vulnerabilidad del Desarrollo Humano en el mundo, que se traduce en la disminución de las oportunidades de las personas al acceso masivo al conocimiento y servicios, a una vida corta y no saludable, a la falta de recursos que les permita alcanzar el bienestar, a la falta de capacidad para participar en la toma de decisiones en la dinámica de una comunidad entre otros; la Cumbre del Milenio celebrada en Nueva York (2000) en la que participaron los 189 países miembros de la Asamblea General de las Naciones Unidas y en su Declaración definen la cooperación global durante el Siglo XXI y formulan las siguientes Metas de Desarrollo del Milenio¹³.

- Meta 1: Erradicar la pobreza y extrema pobreza.
- Meta 2: Alcanzar la Educación Primaria Universal.
- Meta 3: Promover la Equidad de Género y el empoderamiento de la mujer.
- Meta 4: Reducir la Mortalidad Infantil.
- Meta 5: Mejorar la Salud Materna.
- Meta 6: Combatir el VIH / sida, el Paludismo y otras enfermedades.
- Meta 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- Meta 8: Desarrollar una sociedad global para el desarrollo.

A través de las cuales, identificamos que el desarrollo de la humanidad debe contemplar áreas estratégicas que permitan la integralidad de la intervención. Desde la misma perspectiva, las Metas 4, 5, 6, 7 y 8 son interdependientes y se encuentran directamente relacionadas con la Salud integral y el Saneamiento Básico.

2.3.3. El Saneamiento Básico en Bolivia

Al analizar el Saneamiento Básico en Bolivia, es necesario hacer hincapié en ciertos datos demográficos que demuestran la profundización de los fenómenos de precariedad y pobreza que se manifiestan a través de carencias en todas las áreas de

¹³ Naciones Unidas 2000. Metas del Milenio

necesidades básicas de las familia y que se expresa en términos de ingresos económicos y consumo, la deficiencia en el hábitat, en la tenencia y calidad de las viviendas, el acceso a servicios básicos como el agua potable y sistemas de eliminación de excretas, responsabilidades estas, que deben ser asumidas por el Estado boliviano.

Bolivia tiene una población de 8.3 millones de habitantes, de los que 4.1 son hombres (49.8%) y 4.2 mujeres (50.2%); de ellos, 5.16 millones (2.51 hombres y 2.65 mujeres), se concentran en el área urbana. El 38% de la población es menor de 15 años y el 58% corresponde a las edades entre 15 a 64 años, consideradas las económicamente activas. Las mujeres en edad fértil (15 a 49 años) constituyen el 47% del total de la población femenina; de ellas, el 66% reside en área urbana y 44% en área rural.¹⁴ La población infantil en general constituye un 14.87%.

El área rural, por su parte, acoge a 3.14 millones de habitantes (1.7 millones de hombres y 1.44 de mujeres).¹⁵ El 48 % corresponde a las edades económicamente activas de 15 a 64 años y los menores de 15 años constituyen el 45% de esta población.

La densidad poblacional nacional se aproxima a 8.2 personas por Km.² y la tasa de crecimiento anual promedio es de 2.7%. La población boliviana se concentra en el Altiplano y en el Valle, en tanto que en el Llano, viven solamente el 29%. El proceso migratorio rural – urbano y urbano – urbano, revela que, en el año 2001, 1.2 millones residían habitualmente en un lugar distinto al de su nacimiento¹⁶, situación que produjo diversos efectos en la salud, considerada esta “ no solo como ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico-social propicio para su sustento y desarrollo”,¹⁷ tales como inestabilidad económica, desnutrición crónica, abandono escolar, desconocimiento de los programas de Atención

¹⁴ INE. (2001). *Censo*.

¹⁵ INE 2001. *Censo* .

¹⁶ Ministerio de Desarrollo Sostenible. (2004). La Paz: Gobierno. (Pag. 58)

¹⁷ Organización Mundial de Salud (OMS), Constitución de 1946. <http://www.who.int/about/definition/es/>
http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse_Frame_Pg42

Primaria de la Salud, desintegración familiar, falta de acceso a la propiedad de la vivienda, precariedad de la vivienda y por ende, de los servicios básicos, formación de asentamientos ilegales exentos de planes municipales de desarrollo urbano y cambios en la estructura familiar, entre otros.

2.3.3.1. La Salud

El estado de la salud de bolivianas y bolivianos, se encuentra fuertemente condicionada por determinantes que operan en la sociedad y que producen la aparición de riesgos o potencialidades que se manifiestan en perfiles de enfermedad o de salud. Nos referimos a: 1) la elevada incidencia de la pobreza, 2) inequidad en la distribución del ingreso, 3) mala calidad de la vivienda, 4) bajos niveles de educación, 5) insuficiencia de saneamiento básico, 6) consumo insuficiente de alimentos.

La Esperanza de vida al nacer es de 63.6 años, la Tasa Bruta de Mortalidad presenta el valor de 89 x 1000 habitantes, la Tasa de Mortalidad Infantil es de 66 x 1000 nacidos vivos, La Tasa de Mortalidad en niñas y niños menores de 5 años es de 92 x 1000 nacidos vivos¹⁸.

Entre las causas de mortalidad infantil más frecuentes, tenemos a la Diarrea con 15 % de valor, la Neumonía presenta el 10 %, la Sepsis bacteriana del recién nacido, Malformaciones congénitas de la válvula pulmonar, Malformaciones congénitas del corazón, Desnutrición proteicocalórica severa entre otras, forman parte del 74 % restante.

2.3.3.2. Educación

La mediana de años de escolaridad presenta una diferencia importante entre hombres y mujeres (5.7% frente a 4.5%, respectivamente). La tasa neta de asistencia

¹⁸ Ministerio de Salud y Deportes AIS. OPS/OMS. Bolivia SNIS 2003

para la escuela primaria es de 82% para todo el país, mientras que un 18% de las niñas y niños en edad escolar no asisten a la escuela primaria. En el ciclo secundario se presentan brechas entre hombres y mujeres (60% para hombres y 56% para mujeres). La tasa de analfabetismo¹⁹ a nivel nacional asciende a 12.93%, correspondiendo el porcentaje mayor a las mujeres. El promedio de escolaridad de la población de 19 años y más es de 7.57 años. La tasa efectiva es de 93.14% y la de promoción es de 88.22%, manifestándose abandono en el 6.86% de ellos. A la tasa bruta de matriculación universitaria le corresponde el 3.83% y a la de egreso aparente 7.21%.

2.3.3.3. El Empleo

Entre 1976 y 2001, perdió importancia el “proveedor único” en el grupo de hogares con ambos cónyuges. La proporción de hogares con un solo proveedor varón pasó del 85% al 53%. En el mismo periodo, el modelo de dos proveedores pasó del 14 al 47%.²⁰ Por su parte, la tasa de desempleo abierto hasta Noviembre de 2001 presentó un valor de 8.50% y la de cesantía de 6.80%. El subempleo ascendía para entonces a un 32.75% mientras que el ingreso laboral promedio era de 932,86 Bs./mes (\$115.73 dólares americanos).

En el año 2003, la población en Edad de Trabajar fue de 73.22 %, de los cuales 63.56 % estuvieron ocupados, 4.06 % desocupados y 2.97 % fueron despedidos. 10.61% fueron contratados temporalmente y 21.76 % contaron con trabajo permanente. La Tasa de ocupación fue de 63,56 %, correspondiendo el 72.06 % a los hombres y el 55.4 % a las mujeres.

¹⁹ Instituto Nacional de Estadística. INE. (2001) *Censo de Población y Vivienda 2001*

²⁰ Molpeceres, Antonio, Cornale Guido, Jayashri Sarkar. PNUD. UNICEF. PLAN INTERNACIONAL. *Informe Temático sobre Desarrollo Humano. Niños, niñas y adolescentes en Bolivia. 4 millones de actores del desarrollo* . Edit. EDOBOL. Bolivia Julio 2006. (Pág. 67-82)

El Índice de Carga económica fue de 47.87 %, correspondiendo a las mujeres el 66.36 % y a los hombres el 32.55 %. En el mismo año, la Tasa de Cesantía fue de 4.35% correspondiendo el 5.47 % a las mujeres y el 4.53 % a los hombres.

El Salario Básico Nacional fue de 360.00 Bolivianos (45 dólares americanos)²¹

2.3.3.4. Vivienda

En el año 2003, 74.59 % cuenta con casa, choza o pahuichi, observándose el 95.63 % del área rural y 62.48 % en el área urbana. Sobre la tenencia, se observa que en el área urbana predomina el alquiler y cedida por parentesco, y en el área rural 84.36 % son dueños de sus viviendas²².

La precariedad de la calidad de las viviendas es otro importante componente que interviene en el proceso salud-enfermedad. En el año 2003, el 33.65 % de las viviendas tiene piso de tierra, 38.03 % presentan piso de cemento, 6.9 % ladrillo y solamente 8.05% parquet o tablones de madera. 51.07 % tienen las paredes de adobe o tapial y 40.17 % de ladrillo.

2.3.3.5. El Saneamiento Básico

El Agua

Existe una vinculación directa entre la morbilidad, el acceso al agua potable y a los servicios de alcantarillado, por lo que hacemos referencia a que en todo el país, ²³sólo el 65.11 % de los hogares accede *al agua potable* por cañería de red, 4.99 % se

²¹ Instituto Nacional de Estadística. INE. (2001) *Censo de Población y Vivienda 2001*

²² Instituto Nacional de Estadística. *Actualización de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda. 2003*

²³ Instituto Nacional de Estadística. *Actualización de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda. 2003*

abastece por pileta pública, 3.10 % a través de pozos o norias con bomba, 9.66 % cuenta con agua a través de pozos o norias sin bomba. El 12.17 % utiliza agua de río, vertiente o acequia; 0.29 % cuenta con agua de lago, laguna o curiche. El 1.96 % se abastece por medio de carro repartidor y 2.73 % a través de otros medios.

Es importante enfatizar que la cobertura del agua por cañería de red dentro de la vivienda ha sufrido un importante baja en el año 2003 con relación al 2001 (25.75 % contra 29.12% respectivamente). El agua por cañería fuera de la vivienda pero si en el lote, ha tenido un significativo incremento el año 2003, el 40.72 % de la población se incorporo a este servicio. La población que no tiene agua por red de cañería disminuyó en el año 2003 al 28.56 %.

Servicio Sanitario en la vivienda

El año 2003, el 31.24% de los hogares bolivianos no cuenta con servicio sanitario en la vivienda. Los sistemas de eliminación de excretas, van desde el alcantarillado, la cámara séptica, el pozo ciego, el aire libre (superficie, calle o río) y no tiene. En el año 2003 la cobertura del alcantarillado fue de 31.43% de las viviendas; 10.62% contó con cámara séptica; 25.75% con pozo ciego; 0.96% realizaba la eliminación de excretas al aire libre (superficie, calle o río)²⁴; y el 31.24% no contaron con ningún sistema.

²⁴ Instituto Nacional de Estadística. *Actualización de datos del Censo Nacional de Población y Vivienda. 2003*

Cuadro No 6

Servicio Sanitario en la vivienda

Servicio Sanitario en la vivienda	Tiene	No tiene
	65.11%	4.99%
Urbana	85.93%	14.07%
Rural	38.96%	61.04%

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Actualización de datos Censo Nacional de Población y Vivienda 2003.

Cuadro No 7

Sistema de eliminación de excretas

Desagüe del baño, water o letrina	Alcantarilla do	Cámara séptica	Pozo ciego, superficie	Superficie, calle o río	No tiene
	31.43%	10.62%	25.75%	0.96%	31.24%
Urbana	48.36%	14.65%	21.98%	0.94%	14.07%
Rural	2.05%	3.61%	32.30%		

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Actualización de datos Censo Nacional de Población y Vivienda 2003.

2.3.3.6. Composición de las familias

En décadas recientes, la composición de las familias ha reflejado un incremento de las llamadas ‘monoparentales’, la reducción de las ‘biparentales’ y la expansión de las ‘extensas’ y ‘unipersonales’. No obstante, el cambio más drástico ha quedado evidenciado en la inserción masiva de mujeres y niños en el mercado laboral.²⁵

Es así que a nivel nacional, el 20% de las familias cuenta con una mujer como jefa de hogar, siendo la proporción mayor en el área urbana en contraposición a la rural

²⁵ Molpeceres, Antonio, Cornale Guido, Jayashri Sarkar. PNUD. UNICEF. PLAN INTERNACIONAL. *Informe Temático sobre Desarrollo Humano. Niños, niñas y adolescentes en Bolivia. 4 millones de actores del desarrollo*. Edit. EDOBOL. Bolivia Julio 2006.

(22% y 17%, respectivamente).²⁶ En el 40% de estas familias hay 4 miembros, existiendo promedios extremos entre el departamento de Oruro con 3.9, y 4.9 en Beni y Pando. Tres de cuatro niños menores de 15 años viven con sus dos padres (75%). El 4% no vive con ninguno de ellos y 17% en el área urbana vive sólo con la madre.

2.3.4. El Saneamiento Básico en el Beni

El Departamento del Beni, ubicado al noreste del territorio nacional, cuenta con 213.264 Km² y una población de 362,521 habitantes, de la que 52.11 % son hombres y 47.89 % mujeres. El área urbana concentra al 68.73 % de la población y la rural al 31.27%. La densidad poblacional es de 1.70 habitantes por km². La Tasa Anual de Crecimiento presenta el valor de 2.94.²⁷

2.3.4.1. Servicios Básicos

En el área urbana, 9.95 % de los hogares cuentan con *agua* que procede de cañería de red; 6.77 % acceden al agua a través de pozo o noria; 0.30 % se surten de ríos, vertientes o acequias; 0.44 % acceden al agua por el servicio del carro repartidor y 0.83% por otros medios.

En el área rural, 1.59 % cuenta con agua proveniente por cañería de red; 8.35 % se surte de pozo o noria; 7.17 % accede al agua que proviene de ríos, vertientes o acequias; 0.17 % cuenta con agua proveniente del carro repartidor y 0.30 % recurre a otros medios.

²⁶ Instituto Nacional de Estadística. (2004). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*, 2003. La Paz: INE.

²⁷ PNUD, Instituto Nacional de Estadística. INE. *Bolivia. Atlas estadístico de Municipios*. Plural Editores. , 2005. La Paz

En el área urbana, solamente el 0.30 % de los hogares cuentan con el *servicio de alcantarillado*, 5.50 % con cámara séptica, 10.84 % con pozo ciego y en superficie y el 1.66 % no cuenta con ningún sistema de desagüe.

En el área rural, 0.04 % cuenta con alcantarillado, 0.47 % con cámara séptica, 10.28 % utiliza el pozo ciego y 7.72 % no cuenta con ningún sistema de desagüe.

Cuadro No 8

Desagüe del Baño o Letrina

Desagüe del baño o letrina	Alcantarillado	Cámara séptica	Pozo ciego, superficie	No tiene
Urbana	0.30 %	5.50 %	10.84 %	1.66 %
Rural	0.04 %	0.47 %	10.28 %	7.72 %

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. INE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

2.3.5. El Saneamiento Básico en Trinidad

La ciudad de Trinidad, capital de la provincia Cercado del Departamento del Beni, cuenta con una población de 79.963 habitantes. El 94.46 % se encuentra en área urbana y 5.54 % en área rural. La densidad poblacional es de 1.70 habitantes por km². La Tasa Anual de Crecimiento presenta el valor de 2.93. La Esperanza de Vida de los hombres es de 59 años y de las mujeres es de 62 años. La Mortalidad infantil presenta un valor de 53.60%.

2.3.5.1. Servicios Básicos

De la población que radica en área urbana, solo el 11.5 % cuenta con *agua* proveniente de cañería de red, 4.51 % consumen agua de pozo o noria sin bomba, 0.20% consumen agua de ríos o “curiche”, 1.37 % son abastecidos por el carro repartidor y 1.95 % cuenta con agua proveniente de otros medios. La misma realidad se observa en el área rural, en la que solamente el 3.84 % accede al agua por red de cañería, 5.08 consume

agua de pozo o noria sin bomba, 8.34 % consume agua de ríos o “curiche”, 0.18 % son abastecidos por el carro repartidor y 0.42 % cuenta con agua proveniente de otros medios. Los Indicadores de Salud de la población, son alarmantes cuando el porcentaje de Episodios Diarreicos es del **36.39 %**.²⁸

Cuadro No 9

Desagüe del baño o letrina

Desagüe del baño o letrina	Alcantarillado	Cámara séptica	Pozo ciego, superficie	No tiene
Urbana	0.27 %	8.88 %	8.61 %	1.81 %
Rural	0.02 %	1.24 %	10.76 %	5.81 %

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. INE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001.

Hasta el año 2002, solamente 0.27 % de viviendas cuentan con alcantarillado, 8.88% con cámaras sépticas, el 8.61 % con pozo ciego, y 1.81 % no cuentan con ningún sistema; por lo que las familias han dado sus propias soluciones a las aguas pluviales, aguas servidas y las heces fecales y la orina, a través de la conexión de desagües a los canales laterales que existen en las calles, los mismos que fueron construidos para prevenir las inundaciones de las viviendas. Esta situación ha determinado que los mencionados canales se transformen en focos de contaminación, de criaderos de mosquitos, de producción de sustancias malolientes que afectan a la calidad de vida de toda la población de Trinidad, cuando asciende la temperatura del ambiente.

²⁸ PNUD, Instituto Nacional de Estadística INE. *Atlas estadístico de Municipios. 2005*

CAPITULO III

3. Referente teórico conceptual

La sistematización se enmarca en los planteamientos teóricos conceptuales referidos a la Salud integral, donde el proceso salud-enfermedad es visto como integralidad, el Desarrollo Humano, la Pobreza y familia, la Salud y Saneamiento Básico, el Trabajo Social, el Desarrollo Comunitario Integrado, la Participación Social, el Constructivismo, la Familia y las Redes sociales.

3.1. Salud integral

La salud es un componente fundamental de los derechos humanos y de la dignidad individual. La Organización Mundial de la Salud, define que “La salud es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias”²⁹, bienestar ideal que solamente se logra cuando hay un equilibrio entre los factores físicos, biológicos, emocionales, mentales, espirituales y sociales, que permiten un adecuado crecimiento y desarrollo en todos los ámbitos de la vida³⁰.

3.2. Proceso salud-enfermedad

El proceso salud-enfermedad, desde el punto de vista epidemiológico, es la síntesis del conjunto de determinaciones que operan en la sociedad y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características, que a su

²⁹<http://www.who.int> Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada en la Conferencia Internacional de Salud. New York, 19 al 22 de junio, 1946, firmada el 22 de julio, 1946 por representantes de 61 Estados, y puesta en vigencia el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido enmendada desde 1948. (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100)

³⁰<http://www.centroinus@inus.org.ar>. Paganini Jose María. *La salud y el desarrollo social*. Centro Interdisciplinario Universitario para la salud. Facultad de Ciencias Médicas, UNLP

vez, se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de salud-enfermedad.³¹ En la década de 1940, Sigerist³² identificó el proceso histórico de las sociedades estructuradas alrededor de la propiedad privada y la creciente concentración de la riqueza social, que producen diferencias abismales en la distribución de las condiciones de salud-enfermedad y dinamizan la reaparición de las inquietudes sociales frente a los problemas de la salud.

En América Latina, a partir de 1960, se inicia la unión entre la observación de lo social y lo biológico en las disciplinas técnico sanitarias, que determinaron que salud-enfermedad es un “proceso que expresa las múltiples determinantes que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos sociales la aparición de riesgos y potencialidades.”³³. En el proceso surgieron teorías de causalidad que paulatinamente fueron aportando criterios que identificaron que la causa de la enfermedad no es única sino que coexiste con varias otras causas.

3.2.1. Las Teorías de Causalidad y la Enfermedad

Existen dos posibilidades de causalidad y surgimiento de la enfermedad: En primer lugar, está la **unicausal** o de **causalidad directa**, donde A causa B sin efectos intermedios. Reconoce una causa única para la producción de la enfermedad. En

³¹ C. Fr. Breilh, Jaime y Granda, Edmundo. (1985). *Investigación de la Salud en la Sociedad*. La Paz. Bolivia: Ministerio de Salud y Previsión Social; (Pag 50)

Breilh, Jaime. (1986). *Epidemiología, economía, medicina y política*. México (Pag 20):

³² Sigerist, Henry E. (1944). “Las enfermedades y la economía.” *La Tribuna Médica* 17:10-12, 28-32. Consideraba que la historia de la sociedad humana se definía en sus distintas y sucesivas estructuras económico-sociales en su lucha contra los procesos patológicos, por la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la rehabilitación del individuo. Consideraba el avance tecnológico como una de las contradicciones básicas de la organización social de su época en términos de la incapacidad para utilizar los enormes avances técnicos de la ciencia, por la injusta e inadecuada organización social, en beneficio de la humanidad, para la solución óptima de los graves conflictos sociales. Salvar esta contradicción entre lo tecnológico y lo social fue un rasgo esencial de su pensamiento, dominado por la idea de poner en función de las grandes masas del país y del mundo los últimos avances de la ciencia y de la tecnología, para ayudar a solucionar sus problemas.

³³ Jaime Breilh y Edmundo Granda. 1985. Op. Cit.

segundo lugar, está la **multicausal** o **causalidad indirecta**, donde A causa B, pero con efectos intermedios. Reconoce múltiples causas que producen la enfermedad.

Los factores en causalidad, pueden ser necesarios pero raramente son suficientes para causar una enfermedad o estado de enfermedad. Existen otros elementos a considerar de acuerdo a sus posibilidades de articulación:

- *Predisponiendo*: edad, sexo o enfermedades previas pueden crear un estado de susceptibilidad al agente de la enfermedad.
- *Habilitando*: bajo ingreso, pobre nutrición, casa en malas condiciones o atención médica inadecuada, pueden favorecer el desarrollo de la enfermedad. Por el contrario, circunstancias que ayudan en la recuperación o en mantener la salud pueden ser habilitantes.
- *Precipitando*: exposición a una enfermedad o a un agente nocivo.
- *Reforzando*: repetidas exposiciones o trabajo indebido o stress puede agravar una enfermedad establecida.

Leavell y Clark³⁴, elaboraron su concepto de *triada ecológica*, planteando que, a fin de que se desarrolle una enfermedad, debe darse una serie de hechos que la faciliten. Tales hechos constituyen la llamada triada ecológica, compuesta por *huésped*, *agente* y *medio*.

Ciertamente, de acuerdo a la medicina social, en el proceso salud-enfermedad, cada grupo social lleva inscrita en su condición de vida y en su correspondiente perfil de epidemiológico o de morbilidad, una compleja trama de sucesos y formas de

³⁴ Leavell, HR y Clark F. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community*. New York: McGraw-Hill. La epidemiología en su búsqueda por insertar a la sociedad en el proceso de salud-enfermedad le dio base a Leavell y Clark para exponer su teoría “La historia natural de la Enfermedad” estableciendo en su investigación la relación hombre-agente-medio, conocido como la Tríada Ecológica, la cual sirvió de base para la construcción del modelo de salud en la educación sanitaria, comenzando con esto, un proceso de participación comunitaria. C. Fr. Cockburn TA. (1961). “Eradication of infectious diseases.” *Science*. 133 (Pag. 1050–1058).

determinación. La calidad de vida a la que está expuesto cada grupo socioeconómico es diferente y por tanto, es igualmente distinta su exposición a procesos de riesgo, que provocan la aparición de enfermedades y formas de muerte específicas, así como su acceso a procesos beneficiosos o potenciadores de la salud y la vida. A tales efectos, debe considerarse dos dimensiones adicionales para analizar los problemas epidemiológicos:

- La dimensión estructural se refiere a los procesos de desarrollo de la *capacidad productiva* y de relaciones sociales que operan en el contexto determinado.
- La dimensión particular se refiere a los procesos *de reproducción social* y expresa la manera particular de producir y consumir y los patrones de vida de cada grupo social.
- La dimensión Individual se refiere a las características individuales -como edad, sexo, raza, familia, personalidad, etc.- de cada grupo social.

3.2.2. Reproducción social de las clases sociales y patrones de consumo.

La reproducción social está conformada por los procesos de trabajo y consumo, son la explicación de “las condiciones de vida” o “factores ambientales, culturales y socio económicos” de los grupos. Cada clase social participa en determinados procesos de trabajo y consumo. De acuerdo con Marx, el ser humano, para satisfacer sus necesidades, establece en conjunto con otros, relaciones sociales de producción y transforma la naturaleza a través de su fuerza de trabajo. Este proceso funda al hombre como ser social y como ser productivo. “El modo de producción de la vida material condiciona el proceso de vida social, política e intelectual en general. No es la conciencia de los hombres lo que determina su ser, es inversamente su ser social el que determina su conciencia.”³⁵ Así, mediante tal proceso de apropiación y reproducción de las fuerzas productivas materiales, de los bienes materiales, reproduce las condiciones

³⁵ Marx, K. (1969). *Prefacio a la crítica de la economía política*. En Marx, K. y Engels, F. *Obras escogidas*. Editorial Progreso. Moscú. (Pag 85-92)

políticas, sociales, institucionales e ideo-culturales en que se hallan inmersos los actores sociales. Más aún, según Engels³⁶:

“La producción y reproducción son de dos clases. De una parte, la producción de medios de existencia, de productos alimenticios, de ropa, de vivienda y de los instrumentos que para producir todo eso se necesitan; de otra parte la producción del hombre mismo, la continuación de la especie. El orden social en que viven los hombres en una época o en un país dados, están condicionados por esas dos especies de producción: por el grado de desarrollo del trabajo por una parte, y de la familia de la otra.”

En esta misma línea, Jelin³⁷ distingue tres niveles que incluyen analíticamente, el término reproducción: “*la reproducción biológica*, que en plano familiar significa el tener hijos y en el plano social, se refiere a los aspectos socio-demográficos de la fecundidad; *la reproducción cotidiana*, o sea el mantenimiento de la población existente a partir de las tareas domésticas de subsistencia; y *la reproducción social*, o sea todas las tareas extraproductivas dirigidas al mantenimiento del sistema social.”

La reproducción de las relaciones sociales es entendida, por tanto, como la reproducción de la totalidad de la vida social, lo que engloba no solo la reproducción de la vida material y del modo de producción sino también la reproducción espiritual de la sociedad y de las formas de conciencia social a través de las cuales el hombre se posiciona en la vida social. De esa forma, la reproducción de las relaciones sociales es la reproducción de determinado modo de vida, de lo cotidiano, de valores, de prácticas culturales y políticas y del modo como se producen las ideas en la sociedad. Ideas que se expresan en prácticas sociales, políticas, culturales, y en patrones de comportamiento y que acaban por permear toda la trama de relaciones al interior de la sociedad.

³⁶ Engels, F. (1986) *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. Editorial Progreso. Moscú. (Pag 122)

³⁷ Jelin, Elizabeth. (1984). *Familia y Unidad doméstica: mundo público y vida privada*. Buenos Aires: CEDES.(Pag. 145)

Dentro de tal contexto, por ende, las formas de trabajo que realizan los miembros de cada clase, es decir, las actividades de gasto de energía, son esenciales porque parte de los riesgos y las potencialidades epidemiológicas de clase están modeladas por las formas de trabajo en tanto: a) condicionan las modalidades del desgaste (consumo físico y psíquico) y reposo del trabajador, que repercuten sobre sí mismo, su familia y sus actividades en general; b) determinan la intensidad y frecuencia de exposición a los beneficios y riesgos del trabajo y su ambiente inmediato; c) condicionan el producto de la venta de su fuerza de trabajo (salario) o de la comercialización de los productos excedentes, y la cantidad y calidad del consumo y d) determina las formas de trabajo familiar complementario.

Debe destacarse, por su relación íntima con la dualidad salud-enfermedad, las formas de consumo, definidas por el conjunto de bienes naturales directos y medios de subsistencia socialmente producidos a los que tienen acceso una clase social o los grupos dentro de ella. Implica la asimilación de valores de uso o bienes de todo género; pero además, implica la asimilación de contra-valores o elementos negativos del consumo que, en su desarrollo contradictorio, modelan conjuntamente con las formas de trabajo una parte fundamental del perfil de reproducción social de la clase.

Existen, en las sociedades modernas, diferentes formas de consumo individual:

Consumo simple: se refiere a los bienes o contra-valores de mantenimiento alimentario, vestido, vivienda, recreación simple, y los bienes naturales directos (aire, agua, microclima, etc.). Las privaciones se asocian epidemiológicamente con trastornos básicos como las infecciosas, nutricionales, anemia ferro priva, etc.

Consumo ampliado: incluye los bienes o contra-valores como educación, recreación estructurada, y la actividad recreativa artística o científica, entre otras. Las privaciones o deformaciones producen trastornos asociados al estrés (úlceras, diabetes, suicidio, obesidad, cáncer de piel, ciertas entidades mentales y cerebro-vasculares) que

en su unidad constituyen los componentes de morbilidad /mortalidad más importantes de las clases sociales vinculados a procesos técnicos y administrativos.

El perfil reproductivo de una clase social esta conformado por: (a) las condiciones de trabajo o las modalidades de consumo de la fuerza de trabajo. Incluye el grado, la intensidad, el control del trabajo, y las características del objeto de trabajo; (b) las formas de consumo: simple (bio-social) o ampliado (socio-cultural); y (c) las relaciones de intercambio y sus efectos en la calidad de vida de las clases afectadas. En la esfera de la circulación o del mercado, se dan procesos de expropiación que afectan la reproducción de las clases económicamente más débiles que participan en el intercambio de bienes.

El perfil epidemiológico, por su parte, está compuesto por un conjunto de características objetivas y predicciones ciertas que muestran el comportamiento típico en lo esencial y desde la perspectiva fenomenológica de los grupos humanos en relación a la distribución del riesgo de enfermar y morir, así como del acceso a los valores y beneficios que modelan y potencian la salud. Así, cuando los riesgos operan sostenidamente, predominando sobre las condiciones protectoras, abarcando un número importante de miembros del grupo social, aparece un perfil de enfermedad típico de esa clase social, que según la intensidad del proceso llega a niveles de morbilidad o mortalidad. Si, en cambio, son las condiciones protectoras las que predominan sobre los riesgos, aparece un perfil de salud y mayor probabilidad de sobrevivencia más o menos libre de enfermedades severas. Los perfiles epidemiológicos están en permanente transformación histórica y los aspectos a tomar en cuenta son:

- Tendencias del nivel de sobrevida.
- Formas de envejecimiento y deterioro.
- Tendencias de la morbilidad y la mortalidad.
- Entidades asociadas a las características del proceso de trabajo.
- Entidades asociadas al proceso de consumo simple y ampliado.

- Características de la constitución orgánica.
- Tendencias de crecimiento y desarrollo de niños y adolescentes.
- Patologías más frecuentes de la niñez y la adolescencia.
- Patologías más frecuentes en la mujer.
- Prácticas sociales relacionadas a la salud – enfermedad.

3.3. Desarrollo Humano

Según las Naciones Unidas, el Desarrollo Humano (1990),³⁸ es un proceso de ampliación de las oportunidades de las personas haciendo énfasis en el acceso masivo al conocimiento, a vivir una vida larga y saludable, a un conjunto de recursos que permita alcanzar el bienestar, la libertad política, la capacidad para participar en la toma de decisiones y en la dinámica de una comunidad, la seguridad personal garantía de otros derechos humanos.

Por lo que, el Desarrollo Humano sostenible³⁹ se refiere a:

a) La comunidad como punto de partida, con poder de decisión para transformar sus condiciones de vida hacía el futuro, construido sobre la base de acuerdos comunitarios y alianzas estratégicas.

b) La autogestión comunitaria, para organizarse a fin de defender sus intereses de manera efectiva, autónoma y sostenida, logrando así su propio desarrollo.

c) La descentralización y el fortalecimiento de los gobiernos locales, para facilitar la cogestión entre las autoridades municipales y otros actores sociales. Inciden en el desarrollo local, mejoran la gobernabilidad y la concertación.

³⁸ Naciones Unidas. (1990). Op. Cit.

³⁹ Comision Episcopal de Pastoral Social; CARITAS. *Cartilla Tematica No 14. Desarrollo Humano Integral Sostenible*. Edic. Capacitacion FOOSC. Imp. Master. Julio 2003. La Paz. (Pag 22-23).

d) La construcción de capacidades, mediante un crecimiento personal y colectivo, desarrollan destrezas y cambian de actitud. Enfrentan la pobreza para construir un hábitat en donde se satisfagan las necesidades humanas fundamentales en el marco del respeto a los derechos humanos.

3.4. Pobreza y familia

La evolución del gasto social, el empleo y los salarios en Bolivia, igual que en toda América Latina ha jugado un papel clave en el deterioro de las condiciones en que se realiza la reproducción cotidiana e intergeneracional de las familias. Ciertamente, la manutención de los trabajadores y de sus familias depende de: (a) la disponibilidad de empleo y de los niveles de remuneración, que condicionan la cantidad y calidad de los bienes que las familias pueden comprar en el mercado; (b) el conjunto de actividades que sus integrantes realizan en el ámbito doméstico, que van desde la compra de los bienes y su elaboración para ser consumidos hasta la realización de otras tareas esenciales para la reproducción cotidiana; y, (c) la prestación de servicios de educación, salud, seguridad social y de subsidios a productos básicos por parte del Estado.⁴⁰

Dentro de tal contexto complejo, es que la familia, en general, debe asumir diferentes estrategias y alternativas en el consumo simple y ampliado⁴¹, para enfrentarse y superar las condiciones críticas y los eventos estresantes propios del devenir socioeconómico. De ello depende su sobrevivencia positiva y saludable, su resquebrajamiento, o, en el peor de los casos, su disolución.

⁴⁰ Calderón, Fernando, y otros. (1997). "La pobreza y las nuevas condiciones de desigualdad social". *Revista Nueva Sociedad*. Venezuela. Págs. 65-75.

⁴¹ Breilh Jaime. *Economía, Medicina y Política*.(Pág. 191-192) **Consumo simple**: bienes o contra-valores de mantenimiento alimentario, vestido, vivienda, recreación simple, y los bienes naturales directos (aire, agua, microclima, etc.). **Consumo ampliado**: bienes o contra-valores como educación, recreación estructurada, y la actividad recreativa artística o científica, entre otras. Las privaciones producen trastornos asociados al estrés (úlceras, diabetes, suicidio, obesidad, cáncer de piel, ciertas entidades mentales y cerebro-vasculares) que en su unidad constituyen los componentes de morbilidad /mortalidad.

3.5. Salud y Saneamiento básico

La Salubridad es la ciencia que organiza los esfuerzos colectivos para obtener salud, relaciona todos los factores y aspectos relacionados al mejoramiento de las condiciones de vida de la población y al cuidado de la salud colectiva.⁴² Busca adaptar el ambiente físico a las condiciones que permitan al hombre, vivir sano, sin molestias o incomodidades, a través de la aplicación de normas sanitarias, previstas en el Código Sanitario Panamericano, el Servicio de Cooperación Técnica de los Estados Unidos, la Organización Panamericana de la Salud.

El Saneamiento, desarrolla acciones destinadas a reducir la exposición de la población a enfermedades mediante la provisión de un medio ambiente limpio para reducir el ciclo de la enfermedad. Incide en la disposición o manejo higiénico de excrementos humanos y animales, basura y aguas residuales, control de enfermedades transmitidas por vectores y provisión de instalaciones para la higiene personal y de la vivienda e inclusive, toma en cuenta comportamientos e instalaciones que conjuntamente posibilitan un ambiente higiénico asociado al completo bienestar físico, mental y social, bienestar, confort y alegría de vivir de nuestras comunidades.

3.5.1. El desafío del Saneamiento

Revolucionar el pensamiento y la acción sobre el Saneamiento, significa entender que este no solo esta centrado en el ser humano, dar especial énfasis a la sostenibilidad ecológica y se deben considerar los siguientes aspectos:⁴³

⁴²Salinas Cordero. Sergio M. *Ingeniería Sanitaria aplicada al Saneamiento y la Salud Pública*. . Unión Tipográfica Hispano americana Mexico 12 D.F. 1998 (Pág. 140-158)

⁴³ Simpson-Hébert M, Word S, eds.(1998) *Promoción del Saneamiento*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud/Consejo Colaborador de Abastecimiento de Agua y Saneamiento. (Pág. 38-45)

- **La Equidad**, a través de la cual, toda la sociedad tiene acceso a sistemas de saneamiento adaptados a sus necesidades y a sus medios, participando activamente en la planificación, manejo e información.

- **La promoción de la salud y la protección contra las enfermedades**, enfatizando en que los sistemas de manejo higiénico de excrementos humanos, de provisión de instalaciones para la higiene personal y de la vivienda, y de desarrollo de comportamientos, tienen la capacidad de evitar que las personas contraigan enfermedades relacionadas con las excretas humanas e interrumpir el ciclo de transmisión de estas enfermedades.

- **La protección del medio ambiente**, promoviendo sistemas que no contaminen los ecosistemas ni agoten los escasos recursos. No contribuirán a la degradación del agua ni de la tierra y disminuirán los problemas existentes causados por la contaminación.

- **Una mayor apertura** mental e intelectual para (1) aprender las experiencias propias y ajenas. (2) adoptar enfoques innovadores. (3) combinar y aplicar tecnologías y sistemas.(4) considerar el impacto del saneamiento sobre la equidad y el ambiente.

- **El cambio de actitudes** para (1) conservar y proteger los recursos. (2) adoptar enfoques de participación. (3) aceptar los residuos como recursos. (4) ser flexibles para aplicar sistemas de saneamiento e inculcar respeto por los valores, percepciones y costumbres de la comunidad.

3.5.2. Las enfermedades y el medio ambiente

La falta de control o solución de los problemas que producen riesgo del ambiente natural origina una serie de enfermedades, cuyas medidas para su eliminación se relacionan con el abastecimiento de agua, la disposición de las excretas, basuras, la

eliminación de moscas, roedores, la protección y refrigeración de alimentos y los hábitos higiénicos de las personas que manipulan los alimentos, la desecación de los pantanos, la instalación de drenajes, la fumigación de la comunidad.

Entre las enfermedades identificadas, tenemos las siguientes:

a) Las enfermedades infecciosas entéricas como la Tifoidea, Parasitosis A y B, Disentería, Ascariasis, Lamblisis, Tricéfalosis, y Enterobiosis.

b) Las enfermedades transmitidas por vectores (artrópodos), como el Paludismo, la Fiebre Amarilla, el Mal de Chagas.

c) Las enfermedades de transmisión aérea, como la Difteria, la Tuberculosis, el Resfriado común, la Escarlatina.

d) Las enfermedades profesionales y de seguridad industrial, como la Silicosis, la Dermatitis, las Intoxicaciones, los Traumatismos.

Las bacterias patógenas, quistes, huevos de parásitos, llegan al hombre sano desde la evacuación de las personas enfermas o portadoras. Si se disponen en el suelo, pueden ser transportadas especialmente por las moscas, animales domésticos y cucarachas y contaminar los alimentos; lo mismo sucede si se disponen en letrinas no sanitarias. Si las heces se descargan a sistemas de alcantarillado sin tratamiento posterior, contaminan las aguas de riego, cursos de agua subterráneos, lagos, lagunas, ríos, playas y aún el mar.

Los mecanismos de transmisión de las enfermedades intestinales, se realizan por dos vías **(a) por contaminación del suelo**, y **(b) por contaminación de las manos**.

a) Contaminación del suelo.- Un tratamiento inadecuado de las heces de los enfermos o portadores contaminan el suelo, alcanzan los cursos de agua o sirven de foco de atracción para las moscas y animales domésticos.

Las moscas domésticas como vectores, son portadoras de agentes patógenos, transportan los gérmenes desde las heces humanas a los alimentos en forma mecánica, a través del cuerpo y de los pelos de las patas. Estos gérmenes sobreviven en la superficie del insecto de tres a veinticuatro horas y de seis a veintiséis días en el tubo digestivo. Las diarreas infantiles agudas y afecciones entéricas⁴⁴ están directamente relacionadas con viviendas insalubres con deficientes condiciones higiénicas, tanto ambientales como familiares y personales en las que existe profusión y multiplicación de vector.

b) Contaminación de las manos.- Las manos de las y los manipuladores de los alimentos son otra vía de transmisión de este grupo de enfermedades, y probablemente también sean las ropas y utensilios usados por las personas enfermas o portadoras las que por falta de hábitos de higiene personal pueden contaminar otras manos, alimentos y utensilios y ropas a través de ellos transmitir la infección o infestación a las personas sanas.

3.6. Trabajo Social como disciplina científica

Trabajo Social es una disciplina que se ocupa de promover que los sujetos sociales⁴⁵ asuman una acción organizada, preventiva y transformadora que supere los problemas sociales. Interviene en situaciones concretas que muestran carencias, investiga, coparticipa con los actores en un proceso de cambio. Es una profesión por que tiene áreas en las que realiza su práctica. Teresa Rosell,⁴⁶ manifiesta que entre la

⁴⁴ Salinas Cordero. Sergio M. *Ingeniería Sanitaria aplicada al Saneamiento y la Salud Pública*. Unión Tipográfica Hispano americana Mexico 12 D.F. 1998 (Pág. 123)

⁴⁵ Kisnerman Natalio. *Pensar el Trabajo Social*. Edit. Lumen- Hvmánitas. Argentina 1998 (Pág. 34)

⁴⁶ Kisnerman Natalio. *Pensar el Trabajo Social*. Edit. Lumen- Hvmánitas. Argentina 1998 (Pág. 35)

disciplina y la profesión se da la involución que busca encontrar significado en las distintas situaciones, crea conocimientos sobre las mismas y produce modificaciones en la realidad que aborda.

El Trabajo Social conceptualiza los problemas que aborda, acumula información sobre sus prácticas, su accionar es auténtica praxis social porque tiene contacto directo con la realidad social y trabaja con las personas. Es una profesión con una acción especializada sobre la base de conocimientos, actitudes y habilidades, con reconocimiento social, reglamentación y licencias para el ejercicio.

El profesional de Trabajo Social desarrolla metodologías de trabajo, delimita el objeto de intervención, define los objetivos y la intervención con los actores, en base a la misión de la institución en la que se trabaja, los conocimientos y la experiencia obtenida y la significación y valoración que le dan al problema los sujetos implicados. Considera que los problemas son sociales cuando afectan a un colectivo y que emergen de una estructura socio económica, cultural, histórica y política.

3.6.1. Los Fines y Objetivos del Trabajo Social

El Objetivo profesional es conocer, explicar científicamente y contribuir a la prevención y resolución del problema social que enfrentan diferentes sectores de la población en procura de la realización de sus necesidades para la consecución del Bienestar Social, orientando la acción profesional hacia aquellos sectores poblacionales que debido a las condiciones estructurales y coyunturales, confrontan con mayor agudeza los problemas sociales.⁴⁷

El fin es lo que queremos lograr en última instancia con el objeto. Distingue fines intrínsecos que se refieren hacia ella misma como proceso de construcción de

⁴⁷ Kisnerman Natalio. *Pensar el Trabajo Social*. Edit. Lumen- Hvmánitas . Argentina 1998

conocimientos; y los extrínsecos, requieren de trabajo interdisciplinario pues exceden de la propia profesión. Ej: Desarrollo Local.

Los Objetivos son etapas intermedias para lograr los fines. Dan dirección y sentido a la acción y surgen como requerimiento de la realidad planteada en cada momento histórico y en cada sociedad y cultura determinada.

3.6.2. Abordaje metodológico

La construcción de un objeto y el logro de las transformaciones, requieren de un método o procedimiento conformado por momentos interconectados e interdependientes entre si y de acciones ordenadas utilizadas para la consecución de los objetivos. Utiliza técnicas o instrumentos de trabajo para construir el objeto y transformarlo conjuntamente con los sujetos sociales.⁴⁸

El Trabajo Social deconstruye la situación construida, desde lo acuciante de la apariencia, desenredando los nexos hasta determinar con las personas involucradas el origen del proceso, para así construir desde el sistema de significados que comparten el objeto y transformar, re - construyendo una situación nueva superadora de la anterior. Distingue los problemas acuciantes desencadenantes y los problemas fundamentales estructurales, distingue entre lo que es nuestro campo de operación y el de las otras disciplinas.

Deconstrucción – construcción – reconstrucción, son procesos coexistentes sin que ninguno tenga una posición dominante con respecto al otro.

La deconstrucción, permite determinar cómo se ha ido construyendo la situación problema, qué pre conceptos, representaciones, prejuicios, supuestos están

⁴⁸ Kisnerman Natalio. *Pensar el Trabajo Social*. Edit. Lumen- Hvmánitas . Argentina 1998

operando como obstáculos para intentar desde la **situación construida**, para **reconstruir** mediante nuevas prácticas una situación superadora. El objeto de intervención es parte de un proceso de construcción histórico - social generado en el desarrollo de la dinámica social.

3.6.3. Las funciones del Trabajo Social

El desarrollo social

El desarrollo social es el ámbito de ocurrencia de políticas públicas y privadas y de intervenciones institucionales dirigidas a crear condiciones para que las personas, familias y comunidades cuenten con oportunidades, desarrollen capacidades para vivir dignamente y se generen las condiciones de la reproducción social. Se materializa en las diversas prácticas, instituciones y regulaciones como sistemas de obligaciones recíprocas entre la familia, las redes de reciprocidad informales, instituciones más especializadas y la división social del trabajo.

La función del Trabajador Social

El Trabajador Social opera en un área específica, enfrentando con las personas involucradas una gama de necesidades y problemas sociales, satisfaciendo las necesidades de subsistencia, defensa de la vida, paliar el hambre, la falta de vivienda, el desempleo, los problemas de salud y educación, la recreación, la represión.⁴⁹

En los espacios de gestión local, estimula el surgimiento de iniciativas locales, la participación voluntaria y la cooperación recíproca asumiendo el gerenciamiento comunitario desde el Municipio; la asesoría mediante la transferencia técnica a través de recursos humanos técnicos, financieros y materiales. Es animador del proceso mediante la capacitación en base a las necesidades generadas en la propia realidad del trabajo.

⁴⁹ Universidad Mayor de San Andrés. Carrera de Trabajo Social. *Plan de Estudios 2005*. La Paz. 2005

Profesionalmente calificado articula tres objetivos: (1) Enfrentar con recursos y capacidad operativa la solución de problemas sociales. (2) La Educación Social con las personas comprometidas en la superación y (3) La Organización.

Por lo tanto, debe: **(1)**. Conocer los problemas sociales que afectan a la población y como los significan. **(2)**. Prestar atención integral y **(3)**. Lograr que los actores sociales con apoyo y recursos puedan elevar la calidad de vida.

Las funciones⁵⁰ definidas para el ejercicio profesional y la formación académica se refieren a:

La Asistencia Social

La “prestación de servicios sociales” engloba y abarca la asistencia social institucionalizada y de carácter profesional. Es parte de la respuesta social organizada, que posibilita:

a) El Servicio Social organizado para la atención a situaciones conflictivas emergentes en la comunidad o institución. Retoma procesos como el tratamiento y la rehabilitación social.

b) La distribución racional y equitativa de la riqueza social generada, a los sectores excluidos, permitiendo la construcción y reconstrucción de identidades individuales y colectivas, amenazadas y desestructuradas.

⁵⁰ Universidad Mayor de San Andrés. Carrera de Trabajo Social. *Plan de Estudios 2005*. La Paz. 2005

La Investigación Social

Se constituye en un recurso cognoscitivo y cognitivo para sustentar la intervención social profesional. La investigación permite conocer lo diverso y lo trascendente, por ello puede tener fines teóricos, metodológicos, políticos y prácticos. Es esencialmente una investigación aplicada que permite el acceso y producción de conocimientos relativos al objeto disciplinario.

La Gestión Social

Desde la Administración, es una función que involucra todo el proceso administrativo:⁵¹ planificación, organización, dirección y control. Los ámbitos de incidencia tienen que ver con (a) la administración de los servicios sociales; (b) la gestión de las políticas sociales; y (c) la gestión social de procesos específicos por parte de organizaciones, comunidades / municipios.

La gestión social, si bien se alimenta de la ciencia administrativa, recupera tres instancias trascendentales: (a) La dirección de los procesos. (b) El control de los medios y (c) La centralidad de lo social.

El Trabajador Social interviene en la construcción y dirección de las estrategias y en la selección de los recursos; asume un papel directo en la intervención del proceso. Tiene el espacio de decisiones en diferentes ámbitos como la política social, la planificación social, los programas sociales, proyectos sociales y servicios sociales, todos ellos inmersos en las estructuras institucionales y sociales.

⁵¹ Universidad Mayor de San Andrés. Carrera de Trabajo Social. *Plan de Estudios 2005*. La Paz. 2005

La Educación Social

Es el proceso⁵² de enseñar y aprender en el que participan personas, grupos, familias, comunidades, organizaciones, bajo las modalidades activo participativas que partiendo de sus propias necesidades y realidades, promueven procesos educativos que tienen incidencia directa en la conciencia y en el comportamiento de las personas con relación a asuntos y fines colectivos. Es integradora, ya que la acción educativa se relaciona a las realidades particulares de los sujetos de la educación. Los contenidos educativos son contruidos de acuerdo a las necesidades y proyecciones de desarrollo.

Supone procesos entre los que se destacan:

- La información con fines de sensibilización.
- El análisis del conocimiento de la realidad con fines de problematización.
- La transferencia de conocimiento.
- El desarrollo de capacidades cognitivas y técnicas, de opción, y de decisión.
- El manejo del conocimiento transformador, integrando el saber y el poder.

La Promoción Social

Es un proceso por el cual se intenta movilizar las fuerzas sociales existentes en función a intereses y fines sociales, a fin de lograr su participación en procesos sociales concretos. Requiere no solo de conocimientos teóricos y técnicas, sino de métodos y procedimientos técnicos especializados que permitan el acceso a los fines sociales. Facilita la construcción de responsabilidades sociales y de consolidación de la participación social y popular que rompe los esquemas paternalistas y de dependencia. Contribuye a crear conciencia pública y capacidad de reconocimiento legitimado del problema en tanto público.

⁵² Universidad Mayor de San Andrés. Carrera de Trabajo Social. *Plan de Estudios 2005*. La Paz. 2005

La Organización Social

Es el conjunto de procedimientos que permite nuclear y potenciar las acciones colectivas en función a intereses y fines sociales colectivos, mediante el fortalecimiento organizacional de núcleos de base, orientados a una óptima construcción de las relaciones intragrupalas, comunales y/o institucionales que busca optimizar sus capacidades, no solo de presencia sino de acción social y colectiva, potenciando la responsabilidad social compartida, las bases cooperantes y solidarias que permiten actuar al conjunto social en forma unitaria y organizada. Supone el desarrollo de niveles de cohesión social.

3.6.4. Áreas de intervención profesional. Dimensiones

Para cumplir con las funciones de Asistencia, Investigación, Educación, Gestión y Promoción Social en el ámbito público y privado, los profesionales, trabajan desde las siguientes dimensiones:

- *Dimensión sectorial*, para la formulación, incidencia y operativización de políticas sociales de salud, vivienda, educación saneamiento básico, y de desarrollo social en general.
- *Dimensión metodológica*, con el trabajo social individualizado y familiar; el trabajo social grupal, organizacional; y trabajo social comunitario.
- *Desde los sujetos sociales*, se trabaja con personas, familias, comunidades, municipios, organizaciones, instituciones.
- *Desde los niveles de la intervención*, a través de los niveles macro, meso y micro.

3.6.5. El Desarrollo Comunitario Integrado

Significa concentrar la atención en el ser humano como objeto y sujeto de su propio desarrollo en el marco de referencia de su comunidad, buscando nivelar los componentes esenciales del desarrollo humano para mejorar la calidad de vida, a partir de potenciar la autosuficiencia local y aprovechando las ventajas que les proporciona el entorno en cuanto a bienes, servicios y recursos. Se basa en los siguientes preceptos:

- El ser humano como principio y fin de cualquier esfuerzo y recurso estratégico del y para el desarrollo.
- Existencia de una relación dinámica entre las propuestas de Desarrollo nacionales y las propuestas de Desarrollo Comunitario Locales.
- Entender la Comunidad como Territorio – Organización – Inteligente.
- Pensar y Transformar a la Participación, Integración, Cooperación y Evaluación como palabras clave del Desarrollo Comunitario Integrado.

3.7. La Participación Social

Sirve como puente de comunicación para que vecinas y vecinos expresen sus deseos y necesidades colectivas, su compromiso con el futuro del territorio y los objetivos que desean alcanzar. Fomenta la idea de pertenencia,⁵³ de cohesión y el sentimiento de formar parte de un proyecto colectivo. Fomenta una cultura de corresponsabilidad. Crea *canales de comunicación* que permiten que la *información* fluya tanto de arriba abajo, como de abajo arriba en toda la comunidad y permite que las opiniones sean tenidas en cuenta para confeccionar planes de desarrollo.

La metodología que propicia la participación, es la denominada **AIDA**, que basa su estrategia en motivar la Atención de las vecinas y vecinos, de esa motivación debe

⁵³ Izquierdo Vallina Jaime. Instituto de Desarrollo Rural. *Manual para Agentes de Desarrollo Rural*. Consejería del Medio Rural Pesca. Edic. Mundo-Prensa 2002 Principado de Asturias. (Pág. 202-204)

nacer el **I**nterés por acudir a las reuniones o utilizar los canales de comunicación para expresar sus opiniones. El **D**eseo por participar debe traducirse en que las personas pasen a la **A**cción formulando sus propuestas.

3.8. El Constructivismo. Sus bases

Es el proceso⁵⁴ por el cual el sujeto desarrolla su propia inteligencia y su conocimiento para adaptarse, para construir sus propios puntos de vista sobre el mundo que lo rodea. Aplica el nuevo concepto a situaciones concretas y lo relaciona con otros conceptos de la estructura cognitiva con el fin de ampliar su transferencia. Al mismo tiempo que promueve el aprendizaje de estrategias cognitivas para manejar información relevante y produce conocimiento orientador, continua aprendiendo por si mismo y desarrolla capacidades de **aprender a haciendo**, distinguiendo 1) lo que sabe; 2) lo que quiere saber; 3) lo que ha conseguido saber, y comprende que la calidad de su aprendizaje será la calidad de su esfuerzo, es decir, a sumar sumando, a observar observando, para enfrentar situaciones con mayor facilidad y éxito.

Para el constructivismo, la persona será mas competitiva si alcanza el dominio de un conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes que garanticen un desempeño eficiente; si responde con eficiencia las necesidades y estímulos que provienen del medio en que se desenvuelve y si responde asertivamente en la interacción con sus semejantes. La concepción de competencia es la expresión de tres tipos de saberes: 1. **Conceptual: Saber.** 2. **Procedimental: Saber hacer** y 3. **Actitudinal: Ser**

Piaget⁵⁵ afirma que el hombre se convierte en sujeto con fundamentos y métodos del conocimiento científico y desarrolla aprendizajes significativos respondiendo a tres preguntas esenciales:

⁵⁴ Calero Pérez Mavilo. *Constructivismo: Un reto de innovación pedagógica*. Editorial San Marcos. Lima Perú 1996 (Pág. 78-82)

⁵⁵ Calero Pérez Mavilo. *Constructivismo: Un reto de innovación pedagógica*. Editorial San Marcos. Lima Perú 1996 (Pág. 90-92)

1. ¿Porqué conocemos? Recogemos del mundo externo nuevas informaciones, asimilamos y acomodamos. Al *asimilar*, se produce la integración de nuevas experiencias, contenidos, estrategias a la estructura de la personalidad. Al *acomodar*, se genera una reestructuración de la personalidad, se reorganiza la estructura previa, construyendo una nueva estructura cualitativa y cuantitativamente más compleja.

2. ¿Cómo conocemos? A través del funcionamiento del organismo y la actividad mental, mediante cuatro momentos básicos: (a) El esquema, (b) La asimilación, (c) La acomodación. (d) Equilibrio o balance

3. ¿Qué conocemos? Existe la necesidad de comprender tres condiciones importantes:

(a) El contenido de lo que conocemos (motivación), (b) La función, (c) La estructura.

3.9. La familia y sus formas

Ribeiro Ferreira, afirma que “la familia es el grupo primario formado por padres e hijos y eventualmente otros parientes, unidos entre sí por lazos múltiples y variados, que se apoyan y ayudan de manera recíproca, que cumplen diversas funciones de beneficio mutuo en la sociedad”⁵⁶. Se compone de:

1. Padres: biológicos o adoptivos; dentro o fuera de la casa; padres únicos (familias monoparentales) o en pareja (familias biparentales).
2. Otros parientes: que definen a las familias como extensas, semiextensas y compuestas.
3. Lazos variados:
 - vínculos legales (matrimonio o adopción).
 - vínculos de hecho (unión consensual).

⁵⁶ Ribeiro Ferreira, Manuel. *La Familia: El desafío de la Diversidad*. Buenos Aires: Lumen- Humanitas (Pág. 68).

- lazos biológicos (consanguinidad).
- afectivos y educativos (culturales y valores).
- funciones de beneficio mutuo y para la sociedad:
- en función de su valor para el desarrollo social y personal.
- de acuerdo a la cooperación económica y la reproducción biológica:
 - crianza y socialización primaria de los niños (reproducción social)
 - satisfacción de las necesidades afectivas y de seguridad.
 - desarrollo de la identidad psicológica y social.

Las tipologías tradicionales⁵⁷ identificadas son las siguientes:

Familia nuclear: conformada por dos generaciones: padres e hijos; unidos por lazos de consanguinidad, que conviven bajo el mismo techo y desarrollan sentimientos de afecto, intimidad e identificación. Son propias de las zonas urbanas. En términos antropológicos se denomina familia conyugal o restringida.

Familia extensa o conjunta: integrada por una pareja con o sin hijos y por otros miembros como sus parientes consanguíneos ascendentes, descendientes y/o colaterales; comparten habitación y funciones. Se ha intensificado en zonas urbanas, en razón de las rupturas conyugales que determinan el regreso al hogar, por factores de tipo económico o de atención de los hijos - nietos, pero con gran sentido de solidaridad que las agrupa y les da permanencia, sobre todo en las zonas llamadas marginadas de las grandes urbes. Desde la perspectiva sistémica se denomina **trigeneracional**.

Familia ampliada: derivada de la anterior, permite la presencia de miembros no consanguíneos o convivientes afines, como vecinos, colegas, compadres, ahijados. Comparten la vivienda y eventualmente otras funciones en forma temporal o definitiva;

⁵⁷ Minuchin, Salvador. (1986.). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa. 5^{ta}. Ed.

están ubicadas en el campo y en los barrios periféricos de las ciudades, caracterizándose por estrechos lazos de solidaridad y apoyo mutuo.

Familia simultánea, superpuesta o reconstituida: integrada por una pareja donde uno de los cónyuges o ambos, ha disuelto su vínculo marital previo. En la nueva familia es frecuente que los hijos sean de diferentes padres o madres; siendo mayor el número de hijos que en las formas nuclear o monoparental. Por lo general, estas son “uniones de hecho”, contribuyendo esto a la nupcialidad reincidente. Los hombres registran más uniones y reincidencia conyugal que las mujeres, las cuales tienden a asumir la jefatura femenina sin compañero estable o permanente. Los hijos alternan entre varias familias (materna, paterna, actual y el padre o madre con quien no cohabita).

Familias con un solo progenitor o monoparentales: ocurre en los casos de separación, abandono, divorcio, muerte o ausencia por motivos forzosos (movilidad laboral, migración, cárcel, etc.) de uno de los padres, y el otro se hace cargo de los hijos. La relación de pareja que esto supone varía desde la cohabitación en fluctuaciones temporales, hasta vínculos volátiles.

Otras formas de convivencias⁵⁸ diferentes a la familia tradicional, son las siguientes:

Díadas conyugales o pareja: con status procreativo diferido en las que dos personas que por opción o por imposibilidad orgánica no cumplen procesos procreativos y deciden convivir sin hijos. Es común en profesionales jóvenes que inician su desarrollo laboral y consideran que la llegada de un hijo obstaculizaría su desempeño. Una variación es la pareja de homosexuales.

Estructura unipersonal o ciclo individual u hogar unipersonal: personas solas que no comparten la vivienda. Surge por opción o por necesidad, independientemente de

⁵⁸ Minuchin, Salvador. (1986.). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa. 5^{ta}. Ed.

la situación afectiva, lo que no excluye el desarrollo de relaciones erótico-afectivas o de pareja. Es frecuente en personas solteras, viudas, ancianas y crece en grupos que han vivenciado procesos de conyugalidad y parentalidad.

Hogar o unidad doméstica: estrategia de sobrevivencia donde las personas están unidas voluntariamente para aumentar el número de perceptores económicos y lograr economías de escala. Pueden o no incluir vínculos afectivos. Lo imprescindible es la relación económica.

3.10. Las Redes Sociales

La red social ⁵⁹es un grupo de personas miembros de una familia, vecinos, amigos y otros capaces de aportar una ayuda real y duradera a un individuo o una familia. Esta constituida por **puentes** que se construyen cruzando de un extremo a otro de los ámbitos, estableciendo **comunicación** y posibilitando condiciones más humanas.

Redes Primarias, con un endosistema que determina las pautas de funcionamiento en términos de la dinámica del mundo interno familiar y un exosistema, que establece las áreas interpersonales regidas por reglas de conducta que van desde la mayor cercanía hacia una distancia creciente, desde el contacto directo (cara a cara) hasta un contacto menos personal. Están conformadas por vínculos personales.

La familia desarrolla su dinámica dentro de su ámbito interior, pero paralelamente recibe influencias de sectores externos a ella. Es un sistema homeostático gobernado por reglas, en permanente evolución. Sus pautas de funcionamiento van cambiando y evolucionando de acuerdo a la necesidad de cada uno de los miembros.

⁵⁹ Chadi Mónica . *Las Redes Sociales en el Trabajo Social*. ESPACIO, BS AS. 2000

Posee una estructura determinada por las jerarquías establecidas por la frontera generacional que separa al subsistema marital-parental y del fraterno – filial del otro.

Los amigos, forman parte del mundo externo de la red primaria. En muchos casos, el sistema de amigos sustituye a la familia biológica. Estimulan el contacto con el mundo externo. Fortalecen la necesidad de individuación. Asume una actitud de ayuda en las negociaciones familiares para que se concreten los procesos.

El vecindario, es una onda expansiva de comunicaciones e interrelaciones, que crece en cantidad y modalidades de entrelazarse. Tiene indicadores homogéneos en cuanto a sus integrantes: niveles económicos, culturales y sociales.

El vecindario en los sectores marginales es relevante, los protege de la transculturización y de las pérdidas de su identidad y valores. Genera mecanismos de defensa frente al desarraigo.

Las cualidades del vecindario se refieren a:

La Unidad: Acredita la identidad comunitaria que es reconocida por los vecinos como una entidad propia y que construye su cultura.

La Pertenencia: Dinámica común del vecindario en su carácter de gente establecida en el lugar.

La dinámica: Se constituye a través de factores físicos: la distribución de las viviendas como casual de las amistades y grupos humanos que se forman y desarrollan.

Redes Sociales Secundarias. Son las relaciones que se entablan en el macro sistema.

CAPITULO IV

4. Los resultados del proyecto y su significación para las y los actores sociales.

En el proceso de reflexión de la experiencia con pobladores del barrio 18 de Agosto, se hace especial énfasis en el proceso y las funciones desarrolladas por Trabajo Social como la Investigación Social, la Gestión Social, la Educación Social y la Asistencia Social. Así mismo, es necesario considerar los resultados obtenidos, teniendo como referencia las metas cuantitativas y cualitativas del proyecto.

Para sustentar la intervención profesional, Trabajo Social realizó *la Investigación Social* mediante el Diagnóstico Comunitario, que dio lugar a la Planificación Participativa, la Identificación de acciones estratégicas para luego obtener asesoramiento relacionado a las posibles alternativas de saneamiento básico adecuado a las características sociales y ambientales de la zona.

El nivel gerencial del cargo de la postulante en la Cruz Roja Boliviana, le permitió la *Gestión Social* adecuada e independiente, logrando de esta manera fortalecer a la institución en la experticia del manejo de sistemas alternativos de saneamiento. Asumiendo el papel directo en la intervención del proceso, dirigió la planificación del proyecto, identificando e implementando posteriormente la estructura técnica y administrativa, la dirección del mismo, asignando recursos humanos profesionales adecuados al perfil técnico requerido. Al mismo tiempo, se dotaron de los instrumentos de Planificación presupuestaria anual, trimestral y por actividad; Indicadores de resultados por objetivo y por actividad; Sistema de Informes anuales, trimestrales y por actividad; Sistema Administrativo Contable de la Cruz Roja Boliviana y recursos económicos para el seguimiento y monitoreo para el trabajo de campo.

En el contexto local de la ciudad de Trinidad, Trabajo Social continuó la Gestión Social ante el *Gobierno Municipal de Trinidad*, la misma que fue iniciada a partir del

año 1998, en ocasión de la elaboración del Plan de Desarrollo Local (PDL) en el barrio 18 de Agosto y la ejecución del proyecto de Equipamiento del Centro de Salud 18 de Agosto y Capacitación en Salud a la comunidad.

- En el proyecto “Letrinas Aboneras Secas. Una alternativa de servicios básicos para las familias del barrio 18 de Agosto”, el Gobierno Municipal y Cruz Roja Boliviana Filial Beni, oficializan el compromiso del aporte de personal técnico para la construcción de las Letrinas Aboneras Secas, hecho que no se realizó debido a las inundaciones que se suscitaron en la ciudad de Trinidad, cuyos resultados demandaron excesivo trabajo por parte del Municipio.
- Sobre la capacitación medioambiental, solo se realizaron dos sesiones de tres horas cada una con la participación de 2 técnicos municipales, sobre (1) Salud ambiental y Agua segura. (2) Basura y Medio ambiente.
- Al finalizar el proyecto, aún no se había realizado una campaña de limpieza y desratización de la zona, planificada de manera conjunta entre el Gobierno Municipal, la Junta de Vecinos y la Cruz Roja Boliviana Filial Beni.
- El Gobierno Municipal dotó de tierra para el cierre de las 140 Letrinas subterráneas existentes. Este fue un importante aporte que traducido en recursos económicos, abarató los costos directos del proyecto.

La Gestión Social en la **Disminución de las enfermedades de origen hídrico y de manejo de las excretas humanas**, se realizó de manera permanente ante el Servicio Departamental de Salud (SEDES BENI), para realizar el seguimiento de la incidencia de las Enfermedades de origen hídrico y de manejo de las excretas. Al respecto, el proyecto “Letrinas Aboneras Secas. Una alternativa de servicios básicos para las familias del barrio 18 de Agosto”, parte de la Línea de base elaborada con información proveniente

del Centro de Salud 18 de Agosto (Gestión 2000)⁶⁰. Es importante enfatizar que al inicio del funcionamiento de este centro, en el periodo del 1999 al 2001, la cobertura de los programas y servicios, se concentraba solamente en la población del barrio 18 de Agosto.

Las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) en el año 2000 (Línea de Base)

En la población de menores de 1 año, se manifestaron 28 casos, hecho que es significativo, más aún cuando la lactancia materna es una práctica permanente a la hora de alimentar a las niñas y a los niños de este grupo etáreo.⁶¹

La población de 1 a 4 años, es el grupo con mayor incidencia en esta enfermedad. En el grupo de 5 a 14 disminuye y es a partir de los 15 años y más que existe una mayor incidencia, puede ser debido a que las actividades cotidianas de este grupo etáreo van más allá del barrio y las condiciones de salubridad y saneamiento en la ciudad de Trinidad también son deficientes.

Las Enfermedades de la piel:

Existe mayor incidencia en menores de 1 año, debido a los hábitos de crianza que unidos a las condiciones higiénicas de la vivienda, afectan más a este grupo y al comprendido entre 1 a 4 años. Se registran 46 casos / año.⁶²

En la **Gestión 2005**, el área de cobertura del Centro de Salud 18 de Agosto se ha

⁶⁰ La creación del Centro de Salud 18 de Agosto, es el primer objetivo estratégico de desarrollo comunitario contemplado en el Plan de Desarrollo Local (PDL) elaborado por la comunidad y la Cruz Roja Boliviana Filial Beni..

⁶¹ Fuente: Centro de Salud “18 de Agosto” Gestión 2000.

⁶² Fuente: Centro de Salud “18 de Agosto” Gestión 2000.

ampliado a 15.000 habitantes. Incluyendo además del barrio 18 de Agosto a Villa Corina, Villa Jimena, 6 de Agosto, San Juan y Mangalito, los cuales por su condición de legalidad, se encuentran insertos en los planes de Desarrollo Urbano de la Alcaldía Municipal de Trinidad, y cuentan con el sistema de agua potable domiciliaria por red de cañería, y eliminación de excretas a través de pozos ciegos.

Cuadro No 10

Enfermedades Prevalentes por Edad

Gestión 2005

	Menor de 1 año	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a más años	TOTAL
Enfermedades Diarreicas Agudas.	71	115	6	52	244
Enfermedades de la Piel	19	38	10	6	73
Infecciones Respiratorias Agudas.	153	198	9	12	372
Neumonía	58	63	1	4	126
Tuberculosis	X	X	2	X	2

Fuente: Centro de Salud 18 de Agosto. Código R.A. Salud Instituto Nacional de Estadística – 302 (01-2005) Notificación de Vigilancia epidemiológica. Trinidad 2005. Considera consultas realizadas por los seis barrios.

La Educación social realizada a través del proyecto en las áreas de Salubridad y Saneamiento Básico, permitieron observar una disminución de las **Enfermedades Diarreicas Agudas** y de las **Enfermedades de la piel** en todos los grupos etéreos. Estimaciones que se realizan previa la consideración de dos hechos importantes 1) la ampliación de la cobertura de población asistida por el Centro de Salud, (de 1.120 a 15.000 Hab.), y la dificultad que presentan los instrumentos del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) que no permiten la desagregación por barrio.

Es importante enfatizar que en el año 2005, y gracias a la Gestión Social realizada por Trabajo Social con las y los actores sociales del proyecto, la Junta de Vecinos, la Cooperativa de Agua de Trinidad (COATRI), el 80 % de las familias del barrio 18 de Agosto, ya cuentan con la instalación de agua potable domiciliaria; por lo que se puede considerar que la existencia de agua potable y un sistema adecuado de

eliminación de excretas (Letrinas Aboneras Secas), son factores determinantes para disminuir las enfermedades de origen hídrico y de la piel.

La Educación Social se constituyó en la función más importante de Trabajo Social debido a lo novedoso de la tecnología alternativa de saneamiento básico denominada Letrinas Aboneras Secas (L.A.S.), que requirió un proceso permanente de enseñar y aprender a la postulante, al equipo técnico operativo, al equipo comunitario y a las 160 familias del barrio. Mediante la observación directa, los testimonios, el análisis de los sistemas antiguos de eliminación de excretas y el estado de salud de las y los integrantes de las familias, se fortaleció la necesidad de cambio para mejorar la vida.

Es por esta razón que se enfatizó en la socialización de la información y conocimientos sobre el proceso Salud-Enfermedad, Salubridad y Saneamiento Básico, persiguiendo el logro de cambio de costumbres (hábitos) necesarios a nivel individual, familiar y comunitario para interrumpir las vías de transmisión de las enfermedades relacionadas con el agua y el manejo de las heces humanas. La transferencia de conocimiento y poder conversar sobre la eliminación y manipulación de las excretas, tema hasta hoy considerado tabú en el barrio, por la cultura y por el componente de malestar que este produce, se realizó en y con las familias – en y con el equipo comunitario – en y con el equipo técnico operativo – con la postulante (Directora Nacional de la Unidad de Planificación y Proyectos) y viceversa.

La Educación Social dirigida a la sostenibilidad de las acciones del proyecto, enfatizó en el aprendizaje significativo, mediante el cual, las y los actores sociales adquirieron conocimientos y construyeron nuevos significados sobre el saneamiento, las enfermedades y su relación con el manejo de las excretas; produciendo la transformación de sus necesidades de participación en la solución a la contaminación del medioambiente por la inadecuada eliminación de estas. Mediante la asimilación integraron los contenidos de la construcción, funcionamiento y mantenimiento de las Letrinas Aboneras Secas (L.A.S.), se motivaron, elaboraron lo vivido y lo posible

integrando sus deseos y experiencias. Han sido capaces de decidir encontrar soluciones, proteger el medio ambiente, mejorar las relaciones sociales entre vecinas y vecinos y tener confianza en que pueden realizar cambios porque han desarrollado capacidades técnicas locales.

El aprender haciendo, fomentó procesos de reflexión, confrontando la práctica con elementos de información e interpretación, determinando interacción sistemática entre la práctica y la teoría, realizando la observación del modelo de la Letrina Abonera Seca y los resultados a lograr mediante la participación de los miembros de cada una de las 160 familias.

Mediante la *Asistencia Social*, el proyecto permitió la distribución equitativa de recursos técnicos y económicos, logrando la construcción de la identidad del barrio, al ser identificado como uno de los más “limpios” de la ciudad de Trinidad. Las 160 familias existentes en la comunidad, han obtenido material de construcción y apoyo técnico en salubridad y saneamiento, debido a que los objetivos que orientaron el proyecto estuvieron dirigidos a contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias y el saneamiento básico del barrio 18 de Agosto.

La Promoción Social permitió la movilización las fuerzas sociales existentes en el barrio, promovió espacios de participación activa de la comunidad e instaló capacidades y conocimientos a través del desarrollo de Recursos Humanos Comunitarios, (3 facilitadores y 14 visitadoras y 2 visitadores comunitarios), los mismos que formados en Salubridad y Saneamiento (Proceso salud – enfermedad, construcción, funcionamiento y mantenimiento de la L.A.S.) desarrollaron competencias, actitudes y capacidades para reciclar, orientar y transmitir conocimientos a las y los actores sociales del proyecto.

El perfil de los *Facilitadores* requerido por el proyecto: “persona con conocimientos en saneamiento básico y salud comunitaria”, debió ser replanteado en

base a la realidad de la zona y las exigencias del proyecto en tiempo y la funcionalidad del mismo. Se enfatizó en que el perfil debería contemplar: los conocimientos en los procesos de salud – enfermedad, en construcción: armado y vaciado de lozas de hormigón armado, capacidades en la administración de materiales en base al rendimiento por m², la facilidad para relacionarse y con espíritu solidario y de respeto para guiar la autoconstrucción de las L.A.S. Función: realizar la construcción de las L.A.S. y capacitar en el proceso, acompañando permanentemente a cada una de las familias por seis días/Letrina, hasta concluir la misma, mediante una remuneración mensual por cantidad de letrinas construidas, determinada en el proyecto.

Durante el proceso, se formaron **5 Facilitadores**: 3 en el primer momento mediante la metodología de Aprender Haciendo, bajo la dirección del técnico del Comité Central Menonita de Santa Cruz, contratado por el proyecto para tal fin. Durante el proceso de construcción, mientras se esperaba el fraguado de las lozas de hormigón, y por el lapso de 3 días, en sesiones de 3 horas cada una, se realizó la formación sobre el proceso salud – enfermedad, sobre el funcionamiento, uso y mantenimiento de la LASF. (16 al 18 de Octubre 2003); Los 3 Facilitadores dirigieron la auto construcción de las primeras 20 L.A.S. En este periodo, se produjo una importante inundación en la ciudad de Trinidad y en el barrio, que paralizó la construcción por espacio de tres meses, puesto que se debía esperar el descenso del agua y el secado de los terrenos y el envío de fondos por parte del ente cooperante. Por la dificultad de continuar el trabajo para el que fueron contratados, **2 Facilitadores** se retiraron, quedando un solo recurso humano capacitado que continuó apoyando voluntariamente en la capacitación teórica y práctica (observación directa de las L.A.S. ya construidas) de las y los restantes jefes de familia. Se enfrentó la reformulación en el Cronograma inicial (20 LASF /mes construidas) y un reajuste presupuestario. Para reanudar el proceso de construcción, se realizó la invitación directa a dos albañiles del barrio que demostraron interés en el trabajo del proyecto. El proceso de capacitación de este personal, estuvo a cargo del Facilitador antiguo, quien realizó nuevamente la metodología de Aprender Haciendo, reciclando el proceso recibido y utilizando el Manual de Capacitación para la instalación de las L.A.S. Se

reformuló la modalidad de contrato de trabajo con el proyecto y se consideró la remuneración en base al apoyo técnico por letrina autoconstruida.

14 Visitadoras y 2 Visitadores (16), residentes en el barrio, reconocidas por vecinas y vecinos, con facilidad de asimilación y transmisión de conocimientos y de relacionamiento y espíritu solidario, participaron desde el inicio del proyecto y se estableció una relación laboral, mediante la dotación de un estipendio mensual. Solo una visitadora se alejó del proyecto debido a situaciones familiares que la obligaron a ausentarse del barrio. Realizaron las visitas domiciliarias una vez concluida la construcción e iniciar el funcionamiento y mantenimiento de las L.A.S., enfatizando en la formación sobre el proceso de salud - enfermedad, hábitos higiénicos y manejo de excretas humanas.

Cuadro No 11

Perfil de Recursos Humanos Comunitarios

	3 Facilitadores	16 Visitadoras/es	160 Jefas y Jefes de familia
Perfil	* Albañil. * Residente en la zona. *Actores sociales directos.	* Amas de casa del barrio, reconocidas por vecinas y vecinos. *Actoras sociales directas	*Jefa o Jefe de familia. * Residente en la zona. *Actor@s sociales direct@s.
Competencias	*Conocimientos sobre: Salud – Enfermedad, Procesos Salud –Enfermedad, Saneamiento Básico Construcción: armado y vaciado de lozas de hormigón. *Administración de materiales en base al rendimiento por m2. *Facilidad para relacionar-se y con espíritu solidario y de respeto para guiar la autoconstrucción de las LASF.	Con facilidad de asimilación y transmisión de conocimientos y actitudes sobre: * Salud – Enfermedad, Procesos Salud – Enfermedad, Saneamiento Básico. * la construcción, funcionamiento y mantenimiento de las LASF *hábitos higiénicos y manejo de excretas humanas. *facilidad para relacionar-se y con espíritu solidario y de respeto para realizar las visitas domiciliarias e inspeccionar las LASF.	*Conocimientos sobre: Salud – Enfermedad, Procesos Salud –Enfermedad, Saneamiento Básico *Estar de acuerdo en la instalación de la LASF en su vivienda, *Voluntad de participar activamente en todas las actividades que el proyecto requiere. *Facilidad para transmitir conocimientos y habilidades, relacionándose con espíritu solidario y de respeto hacia sus familiares y vecin@s.
Relación laboral con el proyecto.	*Contrato de trabajo anual. *Asignación de salario mensual por letrina construida.	*Estipendio mensual. *Adecuación de su tiempo a las visitas domiciliarias.	*Participación voluntaria

Fuente: Coordinación Nacional del proyecto” Letrinas Aboneras Secas. Una alternativa.....Trinidad Agosto 2003.

Mediante técnicas participativas, se realizó:

1. El análisis de la realidad sobre la contaminación del barrio por la eliminación de excretas. La contaminación del suelo, del agua, las manos sucias, los insectos. Proceso Salud – Enfermedad – Saneamiento Básico.
2. ¿Qué son las excretas? Su relación con los alimentos y la digestión.
3. La transmisión de enfermedades.
4. La forma de eliminar las heces sin contaminar.
5. ¿Qué es una Letrina Abonera Seca (L.A.S.)?
6. La construcción, el funcionamiento, el uso y el mantenimiento.
7. La importancia de la participación de toda la familia.
8. La organización de la comunidad a través del COMITÉ DE LETRINIZACION
9. La importancia de los recursos humanos de la comunidad representados por los facilitadores y las visitadoras y visitadores comunitarios.

La Organización Social destinada a potenciar las acciones colectivas fue orientada hacia 160 Jefas y Jefes de Familia que además de optimizadas sus capacidades sobre salubridad y saneamiento, a través de la realización de 9 Talleres de *construcción* bajo la responsabilidad del *Coordinador Local* y los *Facilitadores*, en 22 días y en sesiones de 3 ½ y 4 ½ horas, se capacitaron 166 actores directos; de 12 talleres de *funcionamiento y mantenimiento* de 3 días cada uno y en sesiones de de 3 1/2 horas nocturnas, bajo la responsabilidad de *Facilitadores y Visitadoras y visitadores* y dirigidos por el *Coordinador Local* en los que se capacitaron 160 personas. La metodología de capacitación se apoyó en los conocimientos que sobre las excretas humanas ya existían en el contexto social del barrio, desarrollaron estrategias para expresar y evaluar la información⁶³, aprendieron y guardaron los resultados y construyeron otros nuevos significados para promover los cambios de actitud frente a las excretas relacionándolas con la naturaleza y los alimentos para darles el sentido de familiaridad positiva.

⁶³ Calero Pérez Mavilo. *Constructivismo: Un reto de innovación pedagógica*. Editorial San Marcos. Lima Perú 1996 (Pág. 19)

Se trató de dirigir a las jefas y jefes de familia hacía el logro de la acción social colectiva, hecho que no pudo materializarse debido a las limitaciones de tiempo, falta de motivación y las experiencias negativas vividas con relación a las acciones político partidarias de la Junta de Vecinos. Sin embargo, se logró conformar el COMITÉ DE LETRINIZACION por 15 personas elegidas democráticamente y de acuerdo a la ubicación geográfica en el barrio, por relaciones de amistad y cercanía para ser responsables de un promedio de 12, 11, 10 y 4 familias.

Cuadro No 12

Organización del Comité de Letrinización

Nombre y Apellido	Función en el barrio	No de familias bajo su responsabilidad
Sra. Ruth Ortega Delgado	Presidencia de la Junta de Vecinos	12 familias
Sr. Alex Moy Semo	Tesorería de la Junta de Vecinos	12 familias
Sr. Pedro Vaca Arteaga	Miembro de base	12 familias
Sr. Inocencio Pérez Guasebe	Miembro de base	10 familias
Sr. Mariano Maluco	Miembro de base	11 familias
Sra Nelly Salazar Rivero	Miembro de base	11 familias
Sr. Roque Salvatierra	Miembro de base	11 familias
Sra. Lidia Guasebe Ichu	Miembro de base	11 familias
Sr. Mario Temo	Miembro de base	11 familias
Sra. Juana Hoyos Semo	Miembro de base	11 familias
Sr. Dixon Cuellar	Miembro de base	11 familias
Sra. Chadie Ravelo Guastobara	Miembro de base	12 familias
Sr. José Aguilar Pérez	Miembro de base	12 familias
Sr. Pedro Guachurne	Miembro de base	10 familias
Sr. Martín Palma	Miembro de base	4 familias

Fuente: Montero Maurer. Coordinador Local del proyecto. Cruz Roja Boliviana Filial Beni. Trinidad. Enero 2004.

Funciones

- Promover la organización y el funcionamiento de los grupos de base para continuar con la obtención de la Personería Jurídica de la Junta de Vecinos y la legalidad del barrio, para acceder a los programas municipales de desarrollo urbano.⁶⁴
- Construir las responsabilidades sociales y consolidar la participación social para seguir encarando los problemas de la comunidad y lograr el apoyo de todas y todos

⁶⁴ Montero Maurer. Cruz Roja Boliviana Filial Beni. Coordinador Local del proyecto. *Manual de funciones del Comité de Letrinización*. Trinidad. Diciembre 2003

en la prosecución de los objetivos de desarrollo integral.

- Capacitar a la comunidad en áreas de protección del medio ambiente, mediante el apoyo técnico de la Alcaldía Municipal de Trinidad (Dirección de Saneamiento Básico), del personal técnico del Centro de Salud “18 de Agosto” u otras organizaciones no gubernamentales.

- Posibilitar la elaboración de proyectos relacionados con los problemas prioritarios del barrio, y mediante la coordinación interinstitucional, acceder a las fuentes de financiamiento. Realizar convenios de cooperación interinstitucional.

- Realizar el seguimiento del uso adecuado y el mantenimiento de las 160 LASF y fortalecer las responsabilidades de la comunidad, reciclando conductas higiénicas y hábitos saludables durante las visitas a las familias y la observación de las letrinas del barrio.

- Realizar campañas de limpieza de viviendas y espacios comunitarios (4 al año) con la participación de actores sociales del proyecto.

- Convocar a reuniones ordinarias bimensuales o reuniones extraordinarias, para continuar con la concreción del Plan de Desarrollo Local del barrio 18 de Agosto en coordinación directa con la Presidencia de Cruz Roja Boliviana Filial Beni y la Coordinación Local del proyecto.

- Promover la sostenibilidad y el reciclaje del sistema alternativo de servicios básicos para las zonas aledañas.

4.1. Los conocimientos y su asimilación por las y los participantes del barrio 18 de Agosto. Un nuevo encuentro con las familias.

El proyecto iniciado en el mes de Agosto 2003 y finalizado en el mes de Febrero del 2005, pretendió instalar⁶⁵ “un conjunto de capacidades, conocimientos y saber hacer organizados” para ejecutar de manera adecuada, la construcción, el funcionamiento, uso y mantenimiento de las Letrinas Aboneras Secas Familiares. Estas capacidades se han manifestado a través de conocimientos (Saben) de Salubridad y Saneamiento y comportamientos observables e identificables (Saben hacer).

Con la finalidad de obtener información sobre la situación actual de este proceso, en fecha 11 de Noviembre del 2005, se realizaron entrevistas estructuradas mediante la aplicación de una Encuesta, considerando contenidos de la capacitación realizada, en una muestra no aleatoria de 102 de las y los actores sociales (64 % del total), entre los que se encuentran los facilitadores, las y los visitantes, jefas y jefes de hogar y las y los componentes de las familias del barrio 18 de Agosto, para identificar lo que saben. Se adjuntan los datos más sobresalientes relacionados a:

La Salubridad

- Los cambios de actitud frente a las excretas, relacionándolas con los alimentos para darles el sentido de naturalidad y familiaridad.
- Las enfermedades y su relación con las heces. Identificar los factores de riesgo en la manipulación incorrecta de las heces. Proceso salud – enfermedad.

⁶⁵ Calero Pérez Mavilo *Constructivismo. Un reto de innovación pedagógica*. Grupo Editor La CEAC S.A. 1995. Lima Perú. (Pág. 44)

- La transmisión de las enfermedades originadas por (a) el agua contaminada, (b) por las manos sucias, (c) por los insectos. Hábitos de higiene. Proceso salud – enfermedad.⁶⁶

El Saneamiento

- La forma de eliminar las heces sin contaminar. Provisión de instalaciones para la higiene personal y de la vivienda.⁶⁷

- Qué es una Letrina Abonera Seca.
 - Como se construye
 - Como funciona
 - Como se usa
 - Cómo se mantiene

- La forma adecuada de eliminar las excretas: El abono que produce la L.A.S.

4.1.1. Identificación de factores causales de las enfermedades en la zona

El 88 % de las y los entrevistados, afirma que las heces contienen microbios que pueden causar enfermedades intestinales.⁶⁸ Este importante porcentaje afirmativo se constituye en una oportunidad para la protección de la salud de la población, si además la relacionamos con las respuestas obtenidas a la pregunta ¿Las personas pueden enfermarse cuando los microbios de las heces entran en su cuerpo? El 87 % sabe que los microbios de las heces pueden ingresar en el cuerpo. Sin embargo, las respuestas

⁶⁶ Salinas Cordero Sergio M. *Ingeniería Sanitaria aplicada al Saneamiento y la Salud Pública*. Unión Tipográfica Hispanoamericana México. 12 D.F. 1998 (Pág. 18)

⁶⁷ Salinas Cordero Sergio M. *Ingeniería Sanitaria aplicada al Saneamiento y la Salud Pública*. Unión Tipográfica Hispanoamericana México. 12 D.F. 1998 (Pág.

⁶⁸ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto*. Trinidad. Nov. 2005

negativas y las no respondidas, se constituyen en una amenaza para el desarrollo de conductas saludables en un importante número de familias.

El agua contaminada.

- a. Si las personas hacen sus deposiciones cerca de los ríos. El 88 % aceptan esta afirmación. 2.9 % no están de acuerdo y 9.1 % no responden.
- b. Cuando la letrina subterránea está instalada cerca de la noria. El 71 % responden afirmativamente, 12.7 % no aceptan y 16.3 % no responden
- c. Cuando las personas hacen sus deposiciones al aire libre. El 87.2 % afirman esta situación, 1.6 % no la aceptan y 11.2 % no responden.

La identificación de factores de contaminación del agua por un importante porcentaje de población, nos permite observar que las tres situaciones planteadas se encuentran en la vida cotidiana de la comunidad y que se manifiestan sensibles ante la contaminación del agua por las heces, como causa del origen de las enfermedades. Sin embargo, el 29 %, pueden significar una debilidad en el proyecto a la hora de establecer que el sistema de la L.A.S. es la solución para la contaminación.⁶⁹

b) Por las manos sucias.

- a. Si la persona defeca y no se lava las manos. El 94 % aceptan esta situación, 2.1 % no están de acuerdo y 3.8 % no responden.
- b. Si la persona limpia las heces del niño y no se lava las manos. El 91.5 % responden afirmativamente, 3.15 % no aceptan y 5.35 % no responden.
- c. Si se preparan los alimentos con las manos sucias. El 92.6 % afirman esta situación, 3.15 % no la aceptan y 4.25 % no responden.⁷⁰

⁶⁹ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto.* Trinidad. Nov. 2005

⁷⁰ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto.* Trinidad. Nov. 2005

Existe un alto porcentaje de respuestas afirmativas ante las tres situaciones planteadas, por lo que la creación de hábitos higiénicos con relación a la manipulación de las heces y de los alimentos, ha sido asimilada adecuadamente por las y los actores sociales del proyecto. Sin embargo, para próximas instalaciones de L.A.S., sería importante analizar las respuestas negativas y no responden, para poder profundizar en los contenidos de la capacitación.

c) Por los insectos.

- a. Si la persona defeca al aire libre, los insectos se posan en las heces y en sus patas llevan los microbios. El 96.8 % aceptan esta situación, 1.05 % no están de acuerdo y 2.10 % no responden.
- b. Si los alimentos están destapados, los insectos con los microbios de las heces en sus patas se posan en ellos. El 96.8 % afirman esto, 1.05 % no aceptan y 2.10 % no responden.
- c. Cuando la persona tiene diarrea y defeca al aire libre, los animales domésticos comen las heces, y se embarran el hocico y las patas. El 96.8% afirman esta situación, 1.05 % no acepta y 2.10 % no responde.⁷¹

Existe un alto porcentaje de respuestas afirmativas ante las tres situaciones expuestas, por lo que la creación de hábitos higiénicos con relación a las formas inadecuadas de eliminar las heces y la contaminación del suelo en el entorno de las viviendas, han sido asimilados adecuadamente. Reconocen situaciones cotidianas y acomodan los nuevos conocimientos para construir una nueva estructura para el cambio de actitudes. Sería importante analizar las respuestas negativas y no responden, para poder identificar si no han entendido las preguntas o si los contenidos de la capacitación no son los adecuados

⁷¹ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto.* Trinidad. Nov. 2005

4.2. Factores económicos, sociales y culturales que inciden en la prevalencia de las enfermedades.

Desde la perspectiva de la condición de pobreza, se podría afirmar que en el barrio 18 de Agosto predomina la marginalidad, caracterizada por la precariedad en el acceso a servicios básicos, calidad de la vivienda y propiedad de la misma, contaminación del suelo, del agua, del ser humano; predominio de mano de obra no calificada que determina dificultad en el acceso a fuentes de trabajo y bajos salarios, inserción laboral de niñas, niños y mujeres para apoyar la economía familiar.

La familia caracterizada por el predominio del modelo nuclear en un 57 % y el monoparental a cargo de la madre en el 43 %, mantiene estrechos lazos con sus comunidades de origen y la migración permanente de suegros, abuelos, tíos, sobrinos, ahijados, nietos, situación que agudiza aún más la crítica situación de la eliminación de excretas y la obtención del agua de los pobladores del barrio, ya que debido a la situación de ilegalidad de la zona, existe carencia de servicios básicos.

Las familias se han visto obligadas a dar soluciones inmediatas y adecuadas a su capacidad económica, mediante letrinas de pozo subterráneo y el aire libre, soluciones ambas, que produciendo la contaminación del agua proveniente de las norias y pozos, el suelo y el medio ambiente, han dado lugar a la presencia de las Enfermedades Digestivas Agudas (EDA) y las enfermedades de la piel, que afectan con mayor incidencia a las y los niños menores de 5 años, los mismos que al permanecer en el suelo por largos periodos de tiempo, acceden a espacios altamente contaminados.

Existe otro factor importante relacionado directamente con las Enfermedades Diarreicas Agudas y las Enfermedades de la piel en este grupo etáreo, y que se relaciona con la modalidad de reproducción familiar imperante en las parejas del barrio y se refiere al concubinato, el mismo que ocasiona inestabilidad en sus miembros ante la “aparición y desaparición” de los hombres, situación por la que aunque predomina el

modelo nuclear, un mayor porcentaje de mujeres son las que desempeñan la jefatura de la familia, debiendo realizar actividades de generación de ingresos a través de actividades domésticas, comercio informal, actividades agrícolas en las comunidades de origen, hechos que determinan que las niñas y los niños menores queden en las viviendas al cuidado de sus hermanos mayores, de otros familiares y vecinos y en otros casos, permanezcan solos cerrados en sus viviendas y en muchos casos, abandonados por varios días.

La migración campo-ciudad, como fenómeno permanente al interior de las familias, determina que en el proceso de socialización que permitirá la inserción de los individuos en la cultura citadina, prevalece la transmisión de normas, valores y costumbres de sus regiones de origen y que se manifiestan en: (1) prácticas relacionadas a la manipulación de excretas, (2) las formas de convivencia con animales domésticos, los mismos que deambulan entre los espacios en los que se preparan y consumen los alimentos, y los lugares de eliminación de excretas humanas y animales y (3) la eliminación de excretas al aire libre y contaminación del medio ambiente.

El alto índice de embarazos precoces en los adolescentes, promueve el aumento de niñas y niños menores de 1 año que son abandonados, regalados ó quedan bajo la responsabilidad de las abuelas. El maltrato infantil se evidencia por el descuido físico, desnutrición severa, Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), deshidratación, Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedades de la piel causadas por la falta de higiene personal, así como la de las viviendas y de la comunidad.

4.2.1. La familia y su papel en el Saneamiento Básico de la zona. La forma de eliminar las excretas sin contaminar.

La identificación de la forma de eliminar las excretas sin contaminar, está directamente relacionada con los aprendizajes significativos asimilados en el proceso de

capacitación y que trata de crear las bases para la instalación de las L.A.S. estableciendo diferencias entre estas y las subterráneas.

⁷²El 28.42 % de las familias afirma aún que las Letrinas Subterráneas de pozo son las más adecuadas para eliminar sin contaminar, cuando ellos mismo identificaron que este tipo de letrina, debido a las inundaciones contaminaba la comunidad y sus viviendas. El 71.52 % acepta las L.A.S. Se puede afirmar sin embargo, que existe aún confusión en lo que respecta a la contaminación subterránea. Se debe fortalecer este tema.

4.2.1.1. ¿Qué es una Letrina Abonera Seca?

LETRINA: El 95 % afirma que es Letrina porque concentra las heces y la orina en un solo lugar de la casa, siendo este el contenido educativo transmitido.

Es ABONERA porque produce abono. Solamente el 50 % afirma que la L.A.S. produce abono⁷³ una vez que se realiza un proceso entre las heces y el material secante que se utiliza, y el 50 % no responde.⁷⁴ Aún no existe una representación social diferente a la transmitida por generaciones con relación a las heces. Esto está directamente relacionado con la conducta de las familias con el contenido que sacan de la Letrina Abonera Seca:

“Lo botan, lo entierran, lo esparcen en su terreno, lo usan para sus flores”⁷⁵.

⁷² Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto.* Trinidad. Nov. 2005

⁷³ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto.* Trinidad. Nov. 2005

⁷⁴ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto.* Trinidad. Nov. 2005

⁷⁵ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto.* Trinidad. Nov. 2005

Es SECA: El 80 % señala que la Letrina que es seca porque separa las heces de la orina y que se usa material secante. Nunca debe mojarse, siendo este un punto importante para la sostenibilidad del sistema alternativo.

Toda la familia la usa y la mantiene. El 93 % ya ha asumido el uso y el mantenimiento de la misma, sin distinción de edad ni sexo.

4.2.1.2. Ventajas de la Letrina Abonera Seca Familiar

Sobre las ventajas y razones que se han identificado para elegir las L.A.S., el 90.52 % responden que son una solución a las inundaciones en el barrio y que estas “evitan que las heces y la orina se esparzan en nuestras casas”. El 91.57 % aceptan que la LASF aísla y elimina los microbios de las heces y previene las enfermedades intestinales.⁷⁶

Sobre la producción de abono, si bien es importante el porcentaje de 67.36 % que acepta la producción del abono, el 32.63 % no está de acuerdo y no responden. Es importante precisar que la zona posee una vegetación exuberante, que no requiere de ningún aditamento (abono) especial para mejorar la producción, y que por lo tanto, las y los actores no advierten ninguna utilidad en este. Es preciso enfatizar en que este sistema alternativo de servicio básico fue adoptado por las cualidades que posee con relación al cuidado del medio ambiente.

4.2.1.3. La construcción de la Letrina Abonera Seca

El proyecto dio especial énfasis en los contenidos de la construcción, ya que los mismos se encuentran directamente relacionados con el funcionamiento y mantenimiento de la L.A.S. El desarrollo de las habilidades en la construcción,

⁷⁶ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto Trinidad. Nov. 2005*

fortaleció la contraparte comunitaria (sostenibilidad) a través de la autoconstrucción y a futuro, la posibilidad de realizar cualquier arreglo en la infraestructura de la misma.

El 70 % de las familias conocen que existen dos cámaras de ladrillo en las que se depositan las heces. 72 % identifican las dos lozas (superior e inferior).⁷⁷ El 91% identifica la taza, ya que este es un elemento visible y externo. Lo importante además es que reconocen su estructura: separador de orina y de heces. 63.15 % identifican el Pipiducto conectado a la taza para sacar la orina. El tapón es otro elemento reconocido por eliminar el factor de contaminación.⁷⁸

Cuadro No 13

Material de construcción entregado/Letrina

Descripción del material	Cantidad	Unidad
Cemento	7	Bolsas
Fierro corrugado de ¼	4 ½	Barras
Alambre de amarre	1	Kilo
Calamina de Fibra cemento	5	Piezas
Cascote	5	Latas
Ladrillo tubular	800	Piezas
Arena	1 ½	Cubo
Tapa de plástico para taza	1	Pieza
Balde de 10 litros	1	Pieza
Tubo PVC en codo	2	Piezas
Tubo PVC en T	2	Piezas
Tubo de PVC de 2 metros	2	Piezas
Clavo para techo	½	Kilo
Arena Pacanoba	2 ½	Latas
Sika	1	Litro
Marco de madera para puerta	1	Pieza
Puerta de madera de cedro	1	Pieza
Bidón plástico de 10 litros	1	Pieza
Tela milimétrica de plástico	1	Metro
Barniz	1	Litros
Bisagra	3	Pieza
Picaporte	2	Piezas
Listones de madera de 2 x 2 "	5	Piezas
Manguera plástico de 3/2 "	1 ½	Metros
Pintura caoba	½	Litros
Tubo Berman 58" para la instalación de la luz	0.40	Centímetros

Fuente: Cruz Roja Boliviana 2004.

⁷⁷ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto.* Trinidad. Nov. 2005

⁷⁸ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto.* Trinidad. Nov. 2005

El proyecto “Letrinas Aboneras Secas. Una alternativa” ha otorgado el material de construcción contemplado en el Cuadro No 13, a 160 jefas y jefes de familia para que realicen la autoconstrucción e instalen la Letrina Abonera Seca Familiar en el lote de terreno que habitan. Se han concluido el 100 % de las casetas (160). Instaladas y funcionando 143 Letrinas Aboneras Secas. 17 Tazas no han sido entregadas por la Cruz Roja Boliviana, razón por la cual aún no funcionan 17 Letrinas Aboneras Secas.⁷⁹

4.2.1.4. Facilidad o dificultad en la construcción de la L.A.S.

El 72 % identifican que las lozas superior e inferior, son las partes más difíciles de la construcción. Ninguna familia ha identificado la construcción de las tazas, ya que estas por su complejidad han sido construidas por el proyecto, bajo la responsabilidad de la coordinación local.

4.2.1.5. El uso de las Letrinas Aboneras Secas

El saber como se usa la L.A.S., contribuye a la formación de hábitos higiénicos, que repetidos permanentemente, influirán en la salud de las familias del barrio 18 de Agosto. Saben que para utilizar la letrina es necesario prepararla previamente.

El 100 % (143) de las Letrinas en uso, cuentan con la taza que separa las heces de la orina. 95.78 % afirman que antes de usar la L.A.S. debe estar preparado el material secante. También saben que debe cubrir el fondo de la cámara que se va a usar con una capa de material secante para proteger las cámaras.⁸⁰

El 95.78 % sabe que se debe usar el papel higiénico que luego debe ser tirado dentro de la cámara. Se crean y fortalecen los hábitos higiénicos y si bien es importante

⁷⁹ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto.* Trinidad. Nov. 2005

⁸⁰ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto.* Trinidad. Nov. 2005

el alto porcentaje que acepta el uso del papel. 10 de las familias, han explicado que a la hora de utilizar el abono, el papel que no se deshace ni desaparece, “es un problema”.

El 95.78% responden afirmativamente sobre la importancia del Pipiducto conectado a la taza. Sugieren que se debe proteger este al momento de echar el material secante y evitar que se obstruya la manguera interna por la que se elimina la orina.

El 95.78 % afirman que es necesario contar con el palo para esparcir las heces y el material secante dentro de la cámara en uso de la LASF.

Las niñas y los niños a partir de los 3 años ya pueden usar la L.A.S. y los más pequeños han explicado que defecan en un papel, para luego tirarlo dentro de la cámara en uso.

El proyecto ha elaborado un cartel educativo y el 100 % responde que este es importante porque ayuda a entender como funciona y facilita el uso para personas o familiares que llegan a la casa y necesitan hacer sus necesidades. Las niñas y los niños han explicado que “las figuritas” les ayudan a entender cada uno de los pasos para el buen uso de la Letrina.⁸¹ Este hecho demuestra que la elaboración de material educativo adecuado al medio, a la idiosincrasia y a las necesidades de lectoescritura de las y los actores sociales se constituye en un factor de éxito del Trabajo Social referido a la Educación Social.

4.2.1.6. El mantenimiento de la Letrina Abonera Seca

Sobre el Mantenimiento de la Letrina Abonera Seca. 97.89 % están de acuerdo en que toda la familia debe limpiar diariamente la Letrina y sus alrededores.

⁸¹ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto*. Trinidad. Nov. 2005

La limpieza de la Taza debe ser semanal, raspando las heces y el material secante que queda en el agujero por el que entran a la cámara. La sacan y afuera la lavan con agua, jabón y lavandina. Y como la taza es pesada, los varones de la casa la sacan, las mujeres la lavan y los hombres la vuelven a colocar en su sitio, determinando así un trabajo en red que permite y obliga a la participación de todas y todos los actores sociales.

El 97.89 % de las familias afirma que siempre se debe tener ceniza, o aserrín o cualquier otro material secante dentro de la caseta para que la letrina no despidiera mal olor.

El 97.89 % saben que luego de seis meses de utilizada una cámara y esta se ha llenado, es necesario sellarla con el tapón en la parte superior e iniciar el uso de la otra cámara que se encuentra vacía.

Una mujer de 43 años, casada, madre de tres hijos y cohabita con sus padres. El esposo trabaja de albañil y ella consigue trabajo eventual en el PLANE, orgullosa porque su letrina estaba limpia y dijo ***“hay que cuidar nuestra Letrinas para que nos duren siempre”***. ***“Antes corríamos a cualquier hora al monte enfrentando peligros, me daba miedo por mis hijos que son chiquitos y en las noches los mal vivientes vienen a fumar y tomar a este sector porque es oscuro”***. ***“Cuando hacía calor, era imposible estar en el barrio”***. ***Ahora ya no hay ningún mal olor”***.

Durante las visitas de Monitoreo del proyecto, se ha observado que los componentes de las familias han ampliado el área de utilización de sus terrenos. Pasean y permanecen en el patio e inclusive han instalado hamacas y mesas debajo de los árboles y comparten reuniones. También han expresado estar conformes con sus letrinas porque hasta se pueden sentar cerca de estas y ***“no huele nada”***.⁸²

⁸² Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto*. Trinidad. Nov. 2005

Una mujer, de 50 años, jefa de hogar, madre de 5 hijos y responsable de ellos, ya que su esposo trabaja en el campo, y que genera sus ingresos mediante el servicio de lavado de ropa para las personas del centro de la ciudad de Trinidad; en el primer periodo, ella fue Visitadora Comunitaria, pero tuvo que retirarse porque se fue a acompañar al esposo, en el momento en que se visitó su casa, dijo *“quien sería la persona tan inteligente que ha inventado este sistema. Nos da gusto ir a hacer nuestras necesidades, ya no hay cochinería ni mal olor”. “Nos vamos a preocupar de nuestros jardines para que nuestras casas estén linda, ya he visto varias casas que están mejor cuidadas”*.⁸³

4.2.1.7. El abono producido en las Letrinas Aboneras Secas

Cuando sacar el abono y como usarlo: Dentro de la Letrina Abonera Seca, se produce *abono orgánico* por la mezcla de las heces, el material secante y el papel que se utiliza para limpiarse y afuera, la orina que se obtiene a través del pipiducto y se recibe en un contenedor plástico. En este punto se manipulan las excretas, situación que en la zona ni en el país, es común. El 85.26 % sabe que cuando la segunda cámara se ha llenado, se saca el contenido de la cámara que fue usada antes y que ha estado sellada. El 14.74 % no tiene claro cuando sacar el abono.⁸⁴ Este puede ser un problema no solo por el abono sino principalmente para el mantenimiento de la L.A.S. Se debe dar especial énfasis a este punto al enfrentar nuevas instalaciones de las L.A.S.

Sin embargo y al respecto, una mujer, Jefa de familia, madre de 2 hijos, que comparte la vivienda con su nuera y 4 nietos, cuya letrina se encontraba muy bien mantenida, y a la que habían colocado cerámica en los pisos y azulejos en las paredes, expresaba: *“Cuando nos tocó abrir la cámara, estábamos seguros de que íbamos a*

⁸³ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto.* Trinidad. Nov. 2005

⁸⁴ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto.* Trinidad. Nov. 2005

encontrar la caca como tal. Nos habíamos preparado. La sorpresa fue encontrar todo seco y sin nada de olor. Nos reímos mucho”.

El 100 % de las familias no consideran estar de acuerdo con cernirlo porque esta actividad contiene un fuerte componente de manipulación, hecho con el que aún no se encuentran plenamente familiarizados. Este es un punto importante a considerar en futuras intervenciones.⁸⁵

El 73.68 % afirma que si no se lo necesita, se lo debe almacenar en bolsas y mantenerlo en un lugar seco. 5.26 % responde negativamente y 21.05 % no responde. Sobre en qué usarlo, 81.05 % afirma que es bueno usarlo en plantas de flores. 4.21 % no lo aceptan y 14.73 % no responde. 76.84 % sabe que no se lo debe utilizar en plantas bajas ni verduras, frente al 6.31 % que no están de acuerdo y al 16.85 % que no responde.⁸⁶

4.2.1.8. Participación de las familias en la autoconstrucción

La autoconstrucción de la LASF como la contraparte de la comunidad, no solo desde lo económico, sino que ha permitido establecer una relación **esfuerzo-compromiso** para cuidarla y se constituye en un importante factor de auto sostenibilidad que unido al material de primera calidad con la que está fabricada, al conocimiento que tiene cada familia sobre como esta construida, como funciona, como se la usa y como se la mantiene. Se han podido observar iniciativas interesantes en por lo menos 50 letrinas, en las que las familias han colocado pisos, paredes y papeleros de cerámica, espejo, han pintado las paredes exteriores y las puertas con colores llamativos, haciendo que sus letrinas sean visibles dentro de sus lotes de terreno.

⁸⁵ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto.* Trinidad. Nov. 2005

⁸⁶ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales.* Trinidad. Nov. 2005

Un factor importante a considerar, es que la calidad de la construcción de las LASF ha incentivado a las familias para que en algunos casos se inicien construcciones de nuevas viviendas con material noble, desechando el chuchío y la palmera.

El tiempo promedio requerido para la autoconstrucción ha sido de seis días promedio, no tanto por la cantidad de m² a realizar, sino que por las características de la misma, que contiene dos pequeñas lozas de hormigón armado, que debían fraguar y secar, sucediendo lo mismo con la elaboración de las tazas.

El 73.69 % ha auto construido familiarmente su letrina, han aportado con todo el tiempo que el proceso de construcción ha requerido, y han generado una importante dinámica dentro de la familia, enfrentaron juntos situaciones relacionadas con las capacidades y habilidades de construcción que requiere la misma. El cumplimiento de compromisos de la comunidad en tiempo con el proyecto y este con la financiación, generó que el 26.31 % las familias con ciertos recursos económicos,⁸⁷ contratara a albañiles externos al proyecto, quienes por un periodo de 6 días (40 Bs / día = 4.95 U\$), obtuvieron el total de 240 Bolivianos (29.70 U\$). Sin embargo, de este grupo, existen 10.52 % de letrinas que no han sido concluidas aún, por dificultades en la entrega de las Tazas.

Cuando finalizó la construcción de las primeras veinte letrinas, un varón, jefe de familia, padre de 5 hijos varones y chofer de ocupación, dijo que estaba muy contento porque las letrinas eran: ***“Elegantes y cómodas, uno puede hacer sus necesidades tranquilo y hasta puede leer el periódico o revistas como lo hacen las personas que tienen los baños normales”***.

⁸⁷ Maldonado Silvia. *Entrevista estructurada aplicada a las y los actores sociales. Barrio 18 de Agosto. Trinidad. Nov. 2005*

CAPITULO V

5. La estrategia metodológica

Considerando los objetivos del proyecto y la sostenibilidad a través de la generación de acciones transformadoras y apropiación de contenidos, se utilizó una metodología interactiva en base al Saber, Saber hacer y Aprender Haciendo, desarrollando momentos de reflexión, confrontando la práctica con elementos de información e interpretación, llevando dicha práctica a nuevos niveles de comprensión. Se partió del análisis de la realidad, e incluyendo el modelo alternativo de las Letrinas Aboneras Secas, se construyó un proceso continuo y sistemático de interacción entre la práctica y la teoría.

5.1. El proceso metodológico

Cruz Roja Boliviana define la intervención en las comunidades a través del Desarrollo Comunitario Integrado, basado en el ser humano como principio y fin y a la comunidad como Territorio – Organización – Inteligente, en los que el trabajo sostenido, vulnerabilidad y la equidad son los fundamentos de la misma.

La metodología se basa en el **Plan de Desarrollo Local (PDL)**, como instrumento de planificación estratégica y de inversión, y dentro de las funciones específicas del Trabajo Social referidas a la Gestión Social, permitió a la postulante, la integración de los procesos de la construcción y dirección de las estrategias, la selección de los recursos, indicadores de monitoreo y evaluación de los proyectos y del PDL.

El proceso de elaboración del Plan de Desarrollo Local, contempló los siguientes momentos:

5.1.1. Primer momento. El Diagnóstico comunitario (Dic.1998).

Trabajado en base al instrumento de Diagnóstico comunitario de Cruz Roja Boliviana, utilizando fuentes primarias y secundarias y con la participación de (a) voluntarios de la Cruz Roja Boliviana Filial Beni, los cuales ya habían trabajado en la zona mediante el programa de Educación Comunitaria para la Educación y Prevención de Desastres, debido a las inundaciones periódicas que se suscitan en el barrio, (b) los integrantes de la Junta de Vecinos liderizados por su Presidente, (c) mujeres y varones de base y (d) el responsable de la ONG Visión Mundial, institución que desarrolló el proyecto de construcción de una sede social y la instalación parcial de la red de cañería para la instalación del agua potable, se consignó la siguiente información:

- Distribución de la población por grupos de edades y sexo. Categoría ocupacional y sexo. Grado de escolaridad de la población por condición de Género. Estado civil.
- Problemas de Medio ambiente, Salud, Educación y Trabajo. Distribución de los problemas detectados por grupos comunitarios vulnerables. Enfermedades Prevalentes. Topografía y vialidad. Características higiénico-epidemiológicas.

Cuadro No 14

Los problemas detectados

Descripción de los problemas detectados.			
Medio Ambiente	Salud	Educación	Trabajo
1. Agua potable en 20 % de las viviendas	1. Diarreas.	1. Deserción escolar.	1. Actividades de comercio informal.
2. Eliminación de excretas al aire libre que contaminan el suelo y el aire.	2. Infecciones Respiratorias Agudas	2. Ausentismo escolar.	2. Falta de fuentes de trabajo.
3. Existencia de letrinas subterráneas que contaminan el agua subterránea, el suelo, y el aire.	3. Enfermedades de la piel.	3. No seguimiento a actividades escolares por parte de padres y madres.	3. Fuentes de trabajo solamente para las mujeres (empleo doméstico).
4. Hacinamiento.	4. Partos domiciliarios.	4. Falta de oportunidades para la continuidad de estudios superiores.	4. Recursos humanos no capacitados: Mano de obra barata.

Fuente: Diagnóstico Comunitario. Barrio 18 de Agosto. Dic. 1998.

Al identificar los problemas del medio ambiente, se puntualiza en que el 2 y el 3 se refieren a la eliminación de excretas al aire libre que contaminan el suelo y el aire y a la existencia de letrinas subterráneas que contaminan el agua subterránea, el suelo y el aire, hechos que se encuentran directamente relacionados con las Diarreas y la Enfermedades de la Piel.

Cuadro No 15

Problemas detectados por grupos vulnerables

Descripción de los problemas detectados por grupos vulnerables			
Niñez	Adolescentes	Mujeres	Personas 3era Edad
1. Maltrato infantil.	1. Violencia sexual.	1. Gran número de hijos.	1. Sin acceso a la atención de salud.
2. Deficiente cuidado por parte de las familias. Alto índice de EDA y Enfermedades de la Piel.	2. Embarazo precoz de adolescentes.	2. Abandono por parte de sus parejas.	2. Abandono.
3. Trabajo infantil.	3. Deserción escolar.	3. Violencia física y psicológica.	3. Indigencia.
4. Abandono por la desintegración familiar.	4. Alcoholismo.	4. Dependencia económica.	4. Maltrato por parte de sus familias.

Fuente: Diagnóstico Comunitario. Barrio 18 de Agosto. Dic. 1998.

En la niñez, se identificó que existe un alto índice de Diarreas (EDA) y Enfermedades de la Piel, que se encuentran relacionados con los problemas del medio ambiente identificados en el Cuadro No 14.

El Taller de Planificación Participativa, (Marzo 1999). Con 2 ½ días de duración, contó con la participación de representantes de OTBs: 30 mujeres y varones del barrio, 5 miembros de la Junta de Vecinos, 3 funcionarios de la Alcaldía Municipal de Trinidad entre los que se encontraba el Director del Plan de Regulación Urbana, 1 personero de la Prefectura del Beni, 1 personero del Servicio Departamental de Salud, 2 del Servicio Departamental de Educación, la Universidad Técnica del Beni con 2 estudiantes de último año y 1 docente de la Carrera de Enfermería, y las ONGs Visión Mundial, ENDA BOLIVIA con 1 representante cada uno. La Cruz Roja Boliviana Filial Beni participó con 3 miembros del Directorio Departamental y 5 voluntarias y voluntarios representantes de los programas operativos. Se trabajó por grupos integrados por todos los participantes y se identificaron situaciones y momentos importantes:

(a) La presencia de personeros del Municipio de Trinidad que visitaban por

primera vez la zona. **(b)** La participación activa del Servicio Departamental de Salud, del Servicio Departamental de Educación, de la Universidad Técnica del Beni, y de las ONGs Visión Mundial, ENDA BOLIVIA y la Cruz Roja Boliviana. **(c)** Mujeres y varones de la comunidad que al haber participado activamente en la elaboración del diagnóstico del barrio, lo presentaron a través de un informe detallado, fotografías y el mapa de la zona. **(d)** Todas las personas participantes del Taller (comunidad y visitantes) caminaron por la zona y visualizaron de manera directa las condiciones en las que vivían las 160 familias.

Se logró una importante sensibilización y el compromiso de trabajar con la comunidad por el mejoramiento de su calidad de vida.

Cuadro No 16

Priorización de problemas (Escala 1= bajo, 2= medio, 3= alto)

Problema	Vulnerabilidad	Magnitud	Trascendencia	Motricidad	Total
Eliminación de excretas al aire libre y existencia de letrinas subterráneas que contaminan el medio ambiente y las aguas subterráneas.	3	3	3	3	12
Carencia de agua potable en el 20 % de las viviendas.	3	3	3	3	12
Diarreas.	3	3	2	2	10
Infecciones Respiratorias Agudas.	3	3	3	2	11
Partos domiciliarios.	3	2	2	1	8
Ausentismo escolar.	2	3	2	1	8
Violencia Intrafamiliar.	3	3	1	3	10
Deserción escolar.	3	2	1	1	7
Trabajo infantil.	3	1	2	1	6
Violencia sexual hacia adolescentes.	3	3	3	1	10
Abandono por desintegración familiar.	3	2	1	2	8
Enfermedades de la piel.	3	2	2	3	10
No seguimiento de actividades escolares por parte de madres y padres.	2	2	2	2	8
Falta de fuentes de trabajo.	3	3	3	1	10
Recursos humanos no capacitados. Mano de obra barata.	3	3	1	1	8
Maltrato infantil.	3	3	2	3	11
Alcoholismo.	3	3	3	2	11
Mujeres con gran número de hijas e hijos.	3	3	1	1	8

Fuente: Taller de Planificación Participativa. Barrio 18 de Agosto. Trinidad. Marzo 1999.

Problemas	Prioridad
1. Eliminación de excretas al aire libre y existencia de letrinas subterráneas. Contaminación de medio ambiente y aguas subterráneas.	1
2. Carencia de agua potable que se traduce en la presencia de Diarreas y Enfermedades de la piel.	2
3. Infecciones Respiratorias Agudas.	3
4. Maltrato Infantil.	4
5. Violencia Intrafamiliar	5
6. Violencia sexual contra adolescentes.	6
7. Alcoholismo	7
8. Embarazos de adolescentes	8
9. Mujeres con gran número de hijas e hijos.	9
10. Falta de fuentes de trabajo	10

Fuente: Taller de Planificación Participativa. Barrio 18 de Agosto. Trinidad. Marzo 1999

Cuadro No 17

Identificación de acciones estratégicas de intervención

Estrategias y acciones para resolver los problemas priorizados			
Problema	Acción A	Acción B	Acción C
1. Eliminación de excretas al aire libre y existencia de letrinas subterráneas que contaminan el medio ambiente y las aguas subterráneas.	Construcción de Letrinas adecuadas a la zona.	Educación Comunitaria en Saneamiento ambiental.	Creación de hábitos y conductas saludables.
2. Carencia de agua potable.	Instalación de agua potable.	Conexiones domiciliarias en todas las viviendas.	Uso racional del agua y responsabilidades para el funcionamiento y sostenibilidad.
3. Infecciones Respiratorias Agudas.	Desarrollo de Conductas Clave .AIEPI.	Inserción de menores de 5 años al Seguro Básico de Salud (SBS).	Educación comunitaria en adecuación de viviendas y espacios físicos adecuados al clima.
4. Maltrato Infantil.	Educación comunitaria en Paternidad responsable.	Organización comunitaria en sistemas de alerta de casos, identificación y denuncia.	Coordinación con Defensoría de niño, niña y adolescentes.
5. Violencia Intrafamiliar.	Educación comunitaria en Violencia Intra Familiar.	Formación de RRHH comunitarios en alerta, identificación y seguimiento de casos y denuncia.	Promoción del funcionamiento de la Red de Lucha contra la violencia Intrafamiliar.
6. Violencia sexual contra adolescentes.	Educación comunitaria para el uso racional de los espacios al interior de las viviendas.	Educación a madres y padres de familia para prevenir el hacinamiento.	Formación en Derechos de niñas, niños y adolescentes.
7. Alcoholismo.	Educación comunitaria para el uso racional del alcohol.	Campañas de Prevención del alcoholismo.	Identificación de casos y coordinación interinstitucional con Programas de AA.
8. Embarazos de adolescentes.	Educación Comunitaria en Derechos Sexuales y Reproductivos de adolescentes.	Formación en Autoestima, Liderazgo, Derecho a decidir y Prevención de its / vih/ sida.	Actividades de Utilización del tiempo libre de las y los adolescentes.
9. Diarreas.	Mejoramiento de la calidad de agua.	Educación comunitaria en la manipulación de alimentos.	Desarrollo de conductas saludables y hábitos higiénicos.
10. Falta de fuentes de trabajo.	Coordinación con Centro de Capacitación de Caritas Beni para la formación en mano de obra calificada.	Formación en gestión de emprendimientos económicos.	Organización de Bolsa de Trabajo.

Fuente: Taller de Planificación Participativa. Barrio 18 de Agosto. Trinidad. Marzo 1999.

Objetivos Estratégicos comunitarios

Cuadro No 18

Objetivo Comunitario 1

1. Fortalecer la capacidad de respuesta de la comunidad para la atención y cuidado de su salud.	
Curso de acción: Elaboración y ejecución de proyectos orientados a responder la vulnerabilidad social y económica.	
Resultado esperado	Indicador
Proyectos elaborados y ejecutados responden a la vulnerabilidad social y económica. Mejorada la infraestructura y equipamiento de la comunidad.	1. Equipamiento del Centro de Salud y Capacitación en Salud comunitaria en el barrio "18 de Agosto" 2. Salud sexual y reproductiva para hombres y mujeres. 3. Capacitación en mano de obra calificada.

Fuente: Taller de Planificación Participativa. Barrio 18 de Agosto. Trinidad. Marzo 1999.

Cuadro No 19

Objetivo Comunitario 2

2. Contribuir al mejoramiento y conservación del medio ambiente.	
Curso de acción: Elaborar proyectos para proporcionar a poblaciones vulnerables, servicios de saneamiento básico.	
Resultado esperado	Indicador
Proyectos elaborados en saneamiento básico.	1. Letrinización en base a Letrinas Aboneras Secas Familiares.

Taller de Planificación Participativa. Barrio 18 de Agosto. Trinidad. Marzo 1999.

Cuadro No 20

Objetivo Comunitario 3

3. Contribuir a la disminución de la violencia en todas sus expresiones.	
Curso de acción: Organizar y /o participar en redes sociales de prevención y respuesta inmediata a situaciones de violencia.	
Resultado esperado	Indicador
Proyectos elaborados y ejecutados en prevención de la violencia	1. Prevención de la Violencia intrafamiliar 2. El rincón de la juventud

Taller de Planificación Participativa. Barrio 18 de Agosto. Trinidad. Marzo 1999.

Elaboración participativa de 6 proyectos en base al Marco Lógico, enviados a

las fuentes de financiación en la carpeta de proyectos de Cruz Roja Boliviana.

1. “Equipamiento del Centro de Salud y Capacitación en Salud a la comunidad”
2. “Letrinas Aboneras Secas: Una alternativa de servicios básicos para las familias en el barrio 18 de Agosto”. 3. “El rincón de la juventud”. 4. “Capacitación en mano de obra calificada”. 5. “Prevención de la Violencia Intra Familiar”.
6. “Salud sexual y reproductiva para varones y mujeres del barrio 18 de Agosto”.

5.1.2. Segundo momento. Formulación del proyecto

Ante la necesidad de eliminar la contaminación del agua y del medio ambiente producida por las letrinas subterráneas y la eliminación de excretas al aire libre, se planteó la urgente necesidad de nuevas alternativas que se adecuaran a la realidad de la zona: vulnerable a las inundaciones, alto nivel freático de las aguas subterráneas, contaminación del agua para el consumo humano.

La Dirección Nacional de Planificación y Proyectos de Cruz Roja Boliviana realizó coordinación con la Facultad de Ingeniería Sanitaria de la Universidad Mayor de San Andrés, la OPS/OMS, el Ministerio de Servicios y Obras Públicas a través del Vice Ministerio de Servicios Básicos, las ONGs ANESAPA EcoSanRes, instancias que permitieron el conocimiento en detalle de las Letrinas Aboneras Secas Familiares y facilitaron el apoyo técnico y el material educativo, el mismo que fue discutido y analizado con el Presidente de la Junta de Vecinos de ese momento, Sr. Luis Porcel, quien lo presentó a las y los actores sociales en el barrio y luego se elaboró participativamente el proyecto.

En el periodo entre la búsqueda de financiación y la ejecución, la Dirección de la Unidad de Planificación y Proyectos de Cruz Roja Boliviana y la comunidad del barrio Los Almendros de la ciudad de Guayaramerín, Beni, habían elaborado un proyecto similar que obtuvo financiación inmediata por parte de la Agencia Española de

Cooperación Internacional (AECI) y la Cruz Roja Española, situación que permitió contar con recursos humanos capacitados para el barrio 18 de Agosto. El Coordinador Nacional del mismo, tenía la experiencia de la construcción, funcionamiento y mantenimiento de estas L.A.S., por lo que este profesional fue designado como responsable del proyecto de Trinidad. Sin embargo, debido a la finalización de relaciones laborales, este recurso técnico no permaneció mucho tiempo, pero se instalaron capacidades y conocimientos sobre la tecnología alternativa en la Directora Nacional de la Unidad de Planificación y Proyectos y en el *Coordinador Local* Sr. Maurer Montero, voluntario de Cruz Roja Boliviana Filial Beni que participó en el proceso del Plan de Desarrollo Local (PDL) de 18 de Agosto y en la elaboración del proyecto. La capacitación se realizó en la ciudad de La Paz por personal técnico del Vice Ministerio de Saneamiento Básico.

5.1.3. Tercer momento. Ejecución del proyecto

Cruz Roja Boliviana organizó el equipo técnico institucional en dos instancias:

a) En la Sede Central de la ciudad de La Paz, el ente normativo y conformado por:

1. *La Dirección Nacional de la Unidad de Planificación y Proyectos* dirigida por la postulante (Trabajo Social), que desarrolló funciones operativas en el caso concreto del proyecto.

Funciones

- Puesta en vigencia del Protocolo entre el Gobierno (Directorio Nacional y Directorio Departamental) y la Gestión (Equipos técnicos) para la ejecución del Proyecto.
- Selección del equipo técnico operativo del proyecto.
- Planificación general del proyecto con la Coordinación Nacional del proyecto.
- Monitoreo técnico y económico, mediante estadías mensuales en la ciudad de Trinidad y en el barrio 18 de Agosto.

- Coordinación interinstitucional en las ciudades de La Paz y Trinidad.
- Coordinación con organismos de cooperación internacional.
- Capacitación del equipo ejecutor en la elaboración de Informes técnicos y económicos trimestrales y anuales.
- Capacitación del equipo ejecutor en la utilización de instrumentos para el seguimiento técnico y económico.
- Reformulación técnica y presupuestaria.
- Apoyo permanente al Coordinador Nacional en la implementación del Sistema Administrativo Contable de Cruz Roja Boliviana en CRB Filial Beni.

Aportes técnicos

- Planificación estratégica.
- Desarrollo comunitario integrado.
- Elaboración e identificación de proyectos en el Marco Lógico.
- Desarrollo organizacional mediante la implementación de Sistemas Administrativo Contables y funcionamiento de Comisión de adquisiciones.

2. La Unidad Administrativa, (Auditora Financiera) en la Sede Central CRB

Funciones

- Planificación Presupuestaria General.
- Seguimiento a la ejecución presupuestaria por partida.
- Elaboración y presentación de informes económicos ante la financiación.
- Capacitación administrativa a la Administradora ejecutora del proyecto.

b) En la sede de Cruz Roja Boliviana Filial Beni, ente operativo ejecutor del proyecto, se organiza el equipo técnico operativo conformado por:

1 Coordinador Nacional (Administrador de Empresas) con sede en Cruz Roja Boliviana Filial Beni, (Trinidad).

Funciones

- Planificación general del proyecto con el Directorio Departamental de Cruz Roja Boliviana Filial Beni.
- Organización y funcionamiento de Comisión de adquisiciones.
- Elaboración de Informes técnicos y económicos trimestrales.
- Seguimiento técnico y económico.
- Apoyo permanente al Coordinador Local en la distribución de materiales, organización de talleres, contacto con las y los actores sociales.
- Coordinación con Alcaldía Municipal, SEDES, Universidad Técnica del Beni.

Aportes técnicos

- Ejecución presupuestaria por actividad.
- Implementación de Sistemas administrativo contables.
- Funcionamiento de Comisión de adquisiciones.

1 Coordinador Local con experiencia en ejecución de proyectos, quien había desempeñado similares funciones en el proyecto “Equipamiento del Centro de Salud 18 de Agosto y Capacitación en Salud a la comunidad”. (Septiembre del 2001 a Agosto del 2002).

Funciones

- Elaboración de Cronograma de actividades.
- Planificación Presupuestaria por actividad. (mensual y trimestral).
- Elaboración de informes mensuales.
- Base de trabajo en el barrio.
- Distribución de materiales, organización de talleres, contacto con l@s actores sociales.
- Capacitador de capacitadores.

Aportes técnicos

- Ejecución integral del proyecto.

1 Administradora (Contadora)

Funciones

- Cumplimiento de Normas Administrativo Contables de CRB.
- Cotizaciones. Cuadros comparativos.
- Seguimiento presupuestario.
- Elaboración de Informes económicos.
- Estado de resultados.

Aportes técnicos

- Consolidación del Sistema Administrativo Contable de CRB.
- Seguimiento Administrativo Contable.

Y mediante convocatoria pública en el barrio, se organiza el **equipo comunitario** conformado por:

3Facilitadores, varones con conocimientos en procesos de salud – enfermedad, de construcción y capacidades para transmitir conocimientos.

Funciones

- Capacitación sobre Proceso Salud – Enfermedad, Saneamiento Básico
- Capacitación y construcción: Aprender Haciendo para la construcción de las
- LASF. Seguimiento de la construcción de las casetas de la Letrinas.
- Construcción y vaciado de las tazas, tapas, lozas inferiores y superiores. Tapas
- laterales.

Aportes técnicos

- Instalación de nuevas alternativas para la eliminación de excretas.

16 Visitadores, 14 mujeres y 2 varones con disposición de tiempo y buena actitud y relaciones humanas.

Funciones

- Capacitación sobre Proceso Salud – Enfermedad, Saneamiento Básico
- Acompañar el proceso de construcción.
- Visitar a las familias 3 veces por semana (al principio) para guiar e inspeccionar el funcionamiento.
- Verificar el contenido de los otros accesorios: balde con material secante, el palo, papel higiénico, bidones para depósito de la orina, la limpieza, considerando: Olor, la proliferación de mosquitos, la utilización de lavandina para el aseo de la taza, el colocado del papel higiénico dentro de la taza.
- Comprobar la utilización de agua y jabón colocados en un dispositivo fuera de la Letrina, para que la familia se lave las manos luego de utilizar la misma.

Aportes técnicos

- Proceso Salud – Enfermedad, Saneamiento Básico: Funcionamiento, Uso y Mantenimiento adecuado de las L.A.S.

5.2. La metodología de Capacitación en Cascada

Se intervino desde la perspectiva de la salud integral, previniendo las enfermedades de origen hídrico y de tratamiento de las excretas a través de la capacitación en Salubridad y el Saneamiento mediante la instalación de Letrinas Aboneras Secas, se trabajó el tema de las excretas humanas, la contaminación, la manipulación, la producción de abono orgánico, etc., área tabú y de la que no se habla y que pertenece a la privacidad de cada persona y que por ende, conlleva valores en las

interacciones entre los habitantes del barrio 18 de Agosto, ya que se generaron conflictos y malestar entre los vecinos por el mal olor y la contaminación producida .

La metodología de capacitación utilizada requirió el enfoque colaborativo – cooperativo. **Colaborativo** por los objetivos de aprendizaje, donde cada participante del grupo intervenía en todas y en cada una de las partes del proyecto, con el compromiso mutuo de los participantes en un esfuerzo coordinado para resolver los problemas juntos. **Cooperativo** porque cada uno de los integrantes del grupo, tenía destinada una tarea específica dentro del proyecto, donde cada uno era responsable de su parte para la resolución del problema en su totalidad.

La Capacitación en cascada cooperativa-colaborativa, onda o pirámide fue organizada en tres etapas, integrando las fases de trabajo y capacitación, suscitándose diferentes tipos de interacciones y roles que evolucionaron desde la etapa 1 de formación de Coordinadores, administradora, facilitadores y visitadoras y visitadores hasta un trabajo conducido por el grupo en la etapa 3, pasando por etapas cooperativas-colaborativas..

Formación de Coordinadores, Administradora, Facilitadores y Visitadoras y visitadores.

Etapas 1. a) Trabajo guiado por el Técnico del Comité Central Menonita de Santa Cruz, construyendo la 1era Letrina Abonera Seca que estratégicamente sirvió para sensibilizar a la población sobre: habilidades funcionales referidas a la implementación del sistema alternativo de saneamiento básico (en la construcción, funcionamiento y mantenimiento de la LASF) y el análisis de la realidad del medio ambiente y la contaminación del barrio **(a)** al equipo técnico operativo del proyecto (Coordinador Nacional, Coordinador Local y Administradora) y **(b)** al equipo comunitario (3 Facilitadores y 14 Visitadoras y 2 visitadores comunitarios. **Aprendieron Haciendo**, situación que les permitió transmitir conocimientos y habilidades en base a la experiencia realizada. Se entregó el Manual de Capacitación para Facilitadores y

Visitadores, el cual sirvió de base para el desarrollo de la metodología. Se enfatizó en la promoción de una conciencia solidaria para transmitir los elementos destinados a lograr la práctica transformadora. Las técnicas participativas permitieron expresar y aclarar dudas e interrogantes.

Identificada la parte más alta del terreno en una vivienda y se procedió al trabajo. Se calculó la construcción de la LASF en 6 días, porque los artefactos que eran fabricados con hormigón armado, requerían tiempo para fraguar y ser instalados; tiempo en el que se realizó la construcción de la caseta, la instalación de la puerta y la ventana de madera, la colocación de los tubos de ventilación y las gradas.

Una vez concluida, la L.A.S. estuvo visible y accesible a cualquier vecino que la quisiera ver. Los vecinos comprobaron que no despedía mal olor y siempre estaba limpia, establecían la diferencia entre esta y el mal olor de las letrinas subterráneas y de las “cochineras” que estas dejaban cuando se producían las inundaciones. Cada uno de los actores sociales expresaba sus experiencias y sentimientos de frustración que les ocasionaba el vivir tan mal. Esto permitió partir del análisis de la realidad e insertar el modelo alternativo de las Letrineras Aboneras Secas, promoviendo un proceso continuo y sistemático observando el modelo y los resultados a lograr mediante la participación de los miembros de cada una de las 160 familias

Formación de jefas y jefes de familia

Etapa 2. Capacitación de 160 jefas y jefes de familia, bajo la responsabilidad de de *los 3 Facilitadores* y con el apoyo de las Visitadoras y visitadores, quienes proveían de los contenidos teóricos en la noche y en el día apoyaban en la construcción de las L.A.S. Se organizaron 8 grupos de capacitación, compuestos por 20 familias cada uno y se dio inicio la formación. Se construyeron las primeras 20 Letrineras Aboneras Secas y en el mes de Diciembre del 2003 se produjo una inundación en la ciudad de Trinidad, que afectó al barrio y se pudo constatar que el sistema alternativo cumplía con

el objetivo de prevenir la contaminación de la zona con las excretas. Solo dos de las veinte letrinas sufrieron un pequeño anegamiento porque las tapas exteriores de las cámaras no habían sido selladas completamente tal como se indicaba en el programa de capacitación. Este se constituyó en un punto importante que fue fortalecido durante el proceso.

Por la demora suscitada a causa de la inundación, se aceleró el proceso de capacitación en construcción, funcionamiento, uso y mantenimiento de LASF y con la finalidad de llegar a la mayor cantidad de actores sociales se realizaron 12 talleres, con tres días promedio y en el horario de 7:30 a 10:00 solicitado por la comunidad y bajo la responsabilidad del Coordinador Local apoyado por las Visitadoras y visitantes, y los Facilitadores.

Durante la formación, se consideró que el proceso salud – enfermedad, la construcción, funcionamiento, uso y mantenimiento de la L.A.S. se encontraba permanentemente interrelacionado, y que permitía avanzar y retroceder para retomar puntos de interés e interrogantes que no quedaron claros, además, el proceso permitió la interacción entre la práctica y la teoría, realizando la observación de las L.A.S. que ya se iban construyendo y los resultados a lograr: Mientras unos se capacitaban, otros construían en un proceso permanente.

Etapas 3. Formación de 1120 integrantes de las familias

Etapas de intervención específica de las Visitadoras y visitantes comunitarios, quienes tenían bajo su responsabilidad a 10 familias cada una. Durante el proceso de construcción y el análisis de la realidad sobre el saneamiento en la zona, se fueron integrando los componentes de las familias debido al requerimiento de autoconstrucción determinado por el proyecto.

En un proceso interrelacionado, las y los actores que construyeron ya utilizaban sus L.A.S., eran visitados por las 14 Visitadoras y los 2 visitantes comunitarios, a quienes preguntaban, explicaban, les permitían el acceso a sus viviendas para que pudieran observar de cerca el sistema alternativo y mostraban que utilizaban agua y jabón colocados en un dispositivo fuera de la Letrina, para que la familia se lave las manos luego de utilizar la misma. Las Visitadoras y visitantes comunitarios contaron con el apoyo de los facilitadores y los coordinadores del proyecto para realizar su trabajo y mediante observación directa y una matriz elaborada para evaluar el proceso de desarrollo de hábitos saludables, funcionamiento, mantenimiento y manejo adecuado de las excretas, transmitieron conocimientos solidariamente, respetando a cada una de las familias visitadas

En el proceso se observó el trabajo del equipo técnico operativo del proyecto, el mismo que dinamizó la participación de la comunidad mediante una logística adecuada al realizar la distribución del material de construcción, el seguimiento de la construcción e identificó la necesidad de crear un espacio para construir independientemente las tazas, las tapas de las cámaras y los tapones; por lo que a medida de que se iban concluyendo las Letrinas, se les entregaban estos accesorios.

5.1.4. Cuarto momento: Evaluación del proyecto

Hasta el año 2005, el proyecto no había sido evaluado aún debido a:

1) Al cronograma de Evaluación de proyectos de la Dirección de Planificación y Proyectos de Cruz Roja Boliviana,

2) La implementación del sistema alternativo de las L.A.S., para las y los actores sociales significa:

- a) Reconocer el proceso de salud-enfermedad
- b) Aprender de las experiencias propias y ajenas.

- c) Aceptar los residuos como recursos.
- d) Ser conscientes de la necesidad de cambio.
- e) Ser flexibles para desarrollar y aplicar el sistema de saneamiento correlacionando los valores, percepciones y costumbres de la comunidad.

- f) Para evaluar el impacto del proyecto, se requiere por lo menos de 3 a 5 años luego de la ejecución del mismo.

Existe el interés del Vice Ministerio de Servicios Básicos, institución que sigue de cerca el desempeño de esta experiencia.

5.3. La participación social de las y los actores

⁸⁸La participación social de las y los actores inserta en el proceso de construcción de la nueva realidad del barrio 18 de Agosto, a través del Plan de Desarrollo Local (PDL) a partir del año 1999, ha permitido a las y los pobladores a comprometerse con el futuro del barrio y los objetivos a alcanzar en el proyecto.

El equipo comunitario del proyecto, ha podido interpretar preocupaciones y expectativas colectivas, logrando que la información fluya a través de emisores identificados y reconocidos por la comunidad y receptores (actores sociales directos) que han participado voluntariamente dominando habilidades, destrezas y actitudes para responder eficientemente ante las necesidades de servicios básicos y el manejo adecuado de las excretas.

Los líderes que desempeñaron la Presidencia de la Junta de Vecinos, se caracterizaron por ser varones, con relaciones sociales en círculos políticos y de poder en las instituciones del Estado, que se involucraron con partidos políticos y dividieron a

⁸⁸ Instituto de Desarrollo Rural, Consejería del Medio Rural. *Manual para Agentes de Desarrollo Rural*. Ediciones Mundi Prensa. Madrid 2002

las y los vecinos. Sin embargo, promocionaron socialmente al barrio movilizando las fuerzas sociales internas y externas en función de la obtención de la red de agua potable, la sede social y la nueva escuela; desarrollaron capacidades entre los integrantes de la Junta, quienes continuaron con las demandas y gestiones una vez que se suscitaron las crisis internas y el vecindario alejó a varios Presidentes.

A partir del año 2000, la Presidencia de la Junta de Vecinos se encuentra a cargo de una mujer que elegida democráticamente mediante la Asamblea General del barrio. Se realiza la elaboración del Plan Operativo Anual (POA) que es presentado ante el Gobierno Municipal. Se ha trabajado la planimetría de la zona e identificado el área de equipamiento, un campo deportivo provisional, la planificación y ensanche de las calles, construcción de puentes, limpieza de curiches, la dotación de tierra para el cierre de las letrinas subterráneas antiguas.

El liderazgo de la Presidenta, ha permitido que las mujeres accedan a posiciones de toma de decisiones en la Junta de Vecinos, fortaleciendo sus capacidades para la promoción y la gestión social del desarrollo del barrio. Sin embargo, existe un equilibrio permanente en la participación social por Género, ya que la familia de la Presidenta representa la estabilidad y la consolidación de la pareja y el trabajo en equipo, logrando al mismo tiempo, la participación de los varones quienes desarrollan las actividades que requieren de mayor esfuerzo físico como se observó en el proyecto al momento de construir las Letrinas Aboneras Secas Familiares.

La organización del COMITÉ DE LETRINIZACION como un ente de organización social del barrio, permite:

- 1) Fortalecimiento de la autosuficiencia local, la participación y el desarrollo sostenible, una vez concluido el proyecto, coordinará, canalizará, impulsará las gestiones de reconocimiento legal del barrio 18 de Agosto y de la Junta de Vecinos.

2) Seguimiento del desarrollo del proyecto, dinamizando la participación activa imponiendo un modelo de trabajo desde el barrio y por el barrio.

3) Generación de una cultura asociativa en base al logro de los resultados obtenidos y la activa participación y organización de la comunidad.

La metodología de Aprender Haciendo utilizado en la construcción e instalación de las LASF, ha permitido que cada jefa y jefe de las familias sea el actor principal, el que realizaba el procesamiento, el que observaba observando, y realizaba las interrogantes y solicitaba abiertamente la solución y respuestas a los facilitadores y a las y los visitadoras.

La planificación estratégica ejercitada en el barrio a través del Plan de Desarrollo Local (PDL), permitió el trabajo sostenido con y entre las vecinas y vecinos, logrando la creación de redes sociales entre familiares, amigos, vecinos que han posibilitado la instalación de canales de comunicación que fortalecieron la resolución de los conflictos, las respuestas solidarias, la colaboración y el respeto hacía la / el otro.

Los 2 proyectos ejecutados han constituido una importante contraparte del barrio de aproximadamente 65.000 Dólares americanos, hecho que les ha permitido demandar la atención del Gobierno Municipal de Trinidad y la Prefectura hacía la situación de ilegalidad que si bien no ha sido revertida, el proceso de sensibilización de las instituciones externas al barrio y la movilización de las fuerzas sociales comunitarias, ejercitada desde la elaboración del Plan de Desarrollo Local y la permanente promoción social ejercitada por Trabajo Social con las y los actores sociales, ha promovido:

Una comunidad que con su permanente participación en procesos sociales y de coordinación con organizaciones no gubernamentales como Visión Mundial y Cruz Roja Boliviana, otras instituciones descentralizadas y con el mismo Gobierno Municipal, ha logrado el acceso a los servicios básicos, la educación y la salud.

1) La gestión del agua potable mediante la directa coordinación con COATRI, instancia local de distribución de agua, lo que ha redundado en que en el 2005, el 80 % de las familias cuenten con agua potable distribuida por red de cañería.

2) La salud comunitaria mediante el proyecto “Equipamiento del Centro de Salud y Capacitación en Salud comunitaria”, en el que se implementan los programas de Salud materno infantil a través del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), la Prevención de la Tuberculosis, de la Rabia y todos los que forman parte de las políticas de Salud nacional, dependiente del Servicio Departamental de Salud. (SEDES).

3) La construcción e instalación de un colegio de nivel primario y secundario con capacidad para 1.200 alumnas y alumnos, dependiente del Servicio Departamental de Educación. (SEDUCA).

4) Servicios básicos alternativos para la eliminación de excretas, a través del proyecto “Letrinas Aboneras Secas. Una alternativa de servicios básicos para las 160 familias del barrio 18 de Agosto”

5) Planimetría del barrio, mediante la definición y apertura de vías principales y secundarias. Nivelado y ripiado.

6) Limpieza periódica de grandes curiches⁸⁹ y focos de contaminación provenientes del Mercado Campesino.

7) La participación activa de las mujeres en niveles de toma de decisiones, por el liderazgo ejercitado por la Presidenta de la Junta de Vecinos, las mismas que realizan las gestiones ante las organizaciones.

⁸⁹ Curiche, es el nombre con el que en el Beni se asignan a las vertientes de agua que inundan importantes extensiones de tierra y se transforman en criaderos de mosquitos.

Mediante la Educación social realizada desde la Dirección Nacional de Planificación y Proyectos de CRB, se han potenciado las capacidades de varones y mujeres del barrio y de la propia institución, en la elaboración e identificación de proyectos en el Marco lógico, instalando de esta manera capacidades para la transformación.

CAPITULO VI

6. Análisis de los procesos en el desarrollo de la experiencia

“La salud es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias”⁹⁰, bienestar ideal que solamente se logra cuando existe un equilibrio entre los factores físicos, biológicos, emocionales, mentales, espirituales y sociales, que permiten un adecuado crecimiento y desarrollo en todos los ámbitos de la vida⁹¹, y es en la sociedad que se operan un conjunto de determinaciones que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características, que al provocar la aparición de enfermedades y formas de muerte específicas, se manifiestan perfiles o patrones de salud-enfermedad.⁹².

Determinaciones que en el caso del barrio 18 de Agosto, se encuentran relacionadas con *factores predisponentes* que favorecen el desarrollo de la enfermedad, y que están relacionados con la edad, el bajo ingreso, pobre nutrición, casa en malas condiciones o atención médica inadecuada; con *factores precipitantes* por la exposición de las familias a agentes nocivos como es el caso de la contaminación del suelo, del agua y de las manos en la manipulación de los alimentos debidos a la inexistencia de servicios de saneamiento básico.

Al mismo tiempo, existen procesos beneficiosos o potenciadores de la salud y la vida, los mismos que en el barrio, lejos de ser interesantes para mejorar la calidad de

⁹⁰<http://www.who.int> Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada en la Conferencia Internacional de Salud. New York, 19 al 22 de junio, 1946, firmada el 22 de julio, 1946 por representantes de 61 Estados, y puesta en vigencia el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido enmendada desde 1948. (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100)

⁹¹<http://www.centroinus@inus.org.ar>. Paganini Jose María. *La salud y el desarrollo social*. Centro Interdisciplinario Universitario para la salud. Facultad de Ciencias Médicas, UNLP

⁹² C. Fr. Breilh, Jaime y Granda, Edmundo. (1985). *Investigación de la Salud en la Sociedad*. La Paz. Bolivia: Ministerio de Salud y Previsión Social; (Pag 50)
Breilh, Jaime. (1986). *Epidemiología, economía, medicina y política*. México (Pag 20):

vida, contribuyen solamente a que las familias sobrevivan. Desde la **dimensión estructural**, relacionada con la capacidad productiva y de relaciones sociales, en el barrio 18 de Agosto esta dimensión es limitada, ya que al ser solamente dueños de su fuerza de trabajo, varones, mujeres y niños se insertan en el mercado laboral, que no ofrece los beneficios de la seguridad social, salarios bajos, gran cantidad de horas de trabajo, o desarrollan pequeños micro emprendimientos informales que solamente les generan ingresos mínimos / día. Las relaciones sociales se circunscriben a los espacios del barrio, del Mercado Campesino y de su comunidad de origen.

La dimensión particular referida a los procesos de reproducción social conformada por los procesos de trabajo y consumo para familias constituidas 6 o 7 miembros, se limita a un ingreso mensual promedio de 616.00 Bolivianos (80 dólares americanos). El *consumo simple* se realiza con privaciones que se encuentran asociadas con enfermedades prevalentes y recurrentes, tales como: Enfermedades Diarreicas Agudas, Infecciones Respiratorias Agudas y de la piel, Vivienda de bajo costo sin acceso a servicios básicos, 2) Nutrición en base a carbohidratos (arroz y yuca). El *consumo ampliado*, se reduce a la Educación con altos índices de deserción escolar a causa de la necesidad de aportar ingresos a la economía de la familia, y al desarrollo de la recreación mediante el fútbol de varones solamente.

La dimensión Individual más importante es la relacionada con la familia, que “es el grupo primario formado por padres e hijos y eventualmente otros parientes, unidos entre sí por lazos múltiples y variados, que se apoyan y ayudan de manera recíproca, que cumplen diversas funciones de beneficio mutuo en la sociedad”⁹³. En el barrio, cualesquiera que sea el tipo de familia imperante, es beneficiosa para la salud y la vida, ya que no obstante las desventajosas condiciones de la producción social, realiza la crianza y socialización de los niños y la reproducción biológica, satisfaciendo las necesidades afectivas y de seguridad; y como lo evidencia la experiencia alternativa de

⁹³ Ribeiro Ferreira, Manuel. (). *La Familia: El desafío de la Diversidad*. Buenos Aires: Lumen-Humanitas (Pág. 68).

servicios básicos, a través de 160 jefas y jefes de familia, 1120 de sus integrantes, recibieron conocimientos, normas, valores y nuevas costumbres relacionadas con el Saneamiento básico y conocimientos sobre Salubridad. Situación que desde la perspectiva del Trabajo Social, se transforma en la fortaleza del barrio y la oportunidad para promover la alternativa de servicios básicos y prevenir las enfermedades prevalentes, consolidando redes sociales para la sostenibilidad del sistema alternativo.

Por las consideraciones precedentes, la intervención planificada por la postulante desde la Dirección Nacional de Unidad de Planificación y Proyectos de la Cruz Roja Boliviana, debió enmarcarse en las directrices del Desarrollo Humano sostenible⁹⁴ y el Desarrollo Comunitario Integrado, basadas en: **(a) la comunidad**, como Territorio – Organización – Inteligente, en la que el ser humano⁹⁵ es un recurso estratégico del y para el desarrollo. La comunidad tiene poder de decisión para transformar sus condiciones de vida, con una visión de futuro y construcción de acuerdos comunitarios promoviendo alianzas estratégicas, **(b) la autogestión comunitaria** que defienda sus intereses efectiva, autónoma y sostenidamente, con autosuficiencia local y asumiendo responsabilidad en su desarrollo, **(c) la descentralización y el fortalecimiento de los gobiernos locales**, como una oportunidad para la cogestión entre las autoridades municipales, la Junta de Vecinos del barrio y la Cruz Roja Boliviana Filial Beni, con entendimientos prácticos de mutuo beneficio que incidan en el desarrollo local, mediante una nueva cultura de consenso, resolviendo conflictos y aprendiendo a vivir con las diferencias y lo más importante, **(d) la construcción de capacidades**, porque las y los actores sociales crean y recrean el conocimiento, piensan y transforman, comparten experiencias vividas, desarrollan destrezas y cambian de actitud, participan, integran, cooperan y evalúan la pobreza para construir un hábitat en donde se satisfagan las necesidades humanas fundamentales en el marco del respeto a los derechos humanos.

⁹⁴ Comisión Episcopal de Pastoral Social; CARITAS. *Cartilla Temática No 14. Desarrollo Humano Integral Sostenible*. Edic. Capacitación FOOSC. Imp. Master. Julio 2003. La Paz. (Pag 22-23).

⁹⁵ Comisión Episcopal de Pastoral Social; CARITAS. *Cartilla Temática No 14. Desarrollo Humano Integral Sostenible*. Edic. Capacitación FOOSC. Imp. Master. Julio 2003. La Paz. (Pag 24-25).

Las funciones desarrolladas por Trabajo Social, estuvieron dirigidas a realizar la acción organizada, preventiva y transformadora que pudiera contribuir a mejorar la calidad de vida de las familias y el saneamiento básico del barrio 18 de Agosto, previa investigación y planificación estratégica y participativa traducida en el Plan de Desarrollo Local. Para este proceso, Trabajo Social y las y los integrantes del barrio e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, analizaron los problemas (situaciones construidas), desde lo acuciante de la apariencia, hasta determinar el origen del proceso para así construir el objeto de las intervenciones y transformar, reconstruyendo una situación nueva superadora de la anterior. Contribuyó a distinguir entre la necesidad sentida y la necesidad real; entre lo que es nuestro campo de operación y el de las otras disciplinas. En los espacios de gestión local como el Vice Ministerio de Servicios Básicos y el Comité Central Menonita de Santa Cruz, gestionó asesoramiento técnico referido al sistema alternativo de Letrinas Aboneras Secas, para luego socializar con el barrio el nuevo sistema y dirigir la elaboración participativa del proyecto “Letrinas Aboneras Secas. Una alternativa de servicios básicos para las familias del Barrio 18 de Agosto” Trinidad. Beni. En el mismo marco de gestión local, estimuló el surgimiento de asesoría mediante la transferencia técnica a través de recursos humanos técnicos y materiales del Gobierno Municipal de la ciudad de Trinidad y el Servicio Departamental de Salud de Beni (SEDES).

La posición de la postulante en la Cruz Roja Boliviana, favoreció los procesos que hacen a la Gestión Social, desde la planificación, organización, dirección y control del proceso de desarrollo humano sostenible y desarrollo comunitario integrado que se realizaba en el barrio (PDL). Pudo realizar la dirección de los procesos de elaboración del proyecto en base a los criterios de *Salubridad* para organizar y dirigir los esfuerzos colectivos para obtener la salud colectiva y poder adaptar el ambiente físico que rodeaba a las familias y de *Saneamiento*, para reducir el ciclo de la enfermedad mediante la provisión de instalaciones para la higiene personal y de la vivienda y medidas sobre la disposición y manejo higiénico de excretas humanas; poniendo en práctica la equidad, la promoción de la salud y la protección contra las enfermedades, la protección del

medio ambiente y mayor apertura mental e intelectual para considerar nuevas alternativas.

Durante la ejecución del proyecto, desarrolló el control, realizando en un primer momento el monitoreo y luego el seguimiento y monitoreo del mismo; correspondiendo el control de los recursos económicos a la Unidad Administrativa dependiente de la Dirección Nacional de la Unidad de Planificación y Proyectos. Al conformar el equipo técnico operativo y el comunitario, realizó además la transferencia técnica y operativa de la gestión social.

Relacionó las políticas y los requerimientos de los entes financiadores a la Misión y Visión de la Cruz Roja Boliviana, preservando ante todo los compromisos asumidos ante el barrio 18 de Agosto al producirse la demora del envío de los recursos económicos para la ejecución del proyecto.

La Asistencia Social organizada que primó en la construcción del proyecto, promovió el enfoque de distribución racional y equitativa de la riqueza social generada hacia los sectores excluidos, restituyendo la dignidad social, siendo que la contraparte de autoconstrucción de las LASF, se enfocó en la participación, la integración, la apertura de espacios de comunicación, el compromiso social y la creación de la conciencia colectiva. Se abogó además, en la Salud como un Derecho Humano inalienable.

En la implementación del proyecto, Trabajo Social enfatizó en un proceso permanente de *Educación Social*, entendida esta función, como el proceso de enseñar y aprender en y con 160 familias, bajo las modalidades activo participativas que partiendo de sus propias necesidades y análisis problematizador de la realidad y sus criterios de desarrollo, fueron promoviendo el proceso educativo que según la teoría constructivista⁹⁶, se apoya en los conocimientos ya existentes en el contexto social y

⁹⁶ Calero Pérez Mavilo. *Constructivismo: Un reto de innovación pedagógica*. Editorial San Marcos. Lima Perú 1996 (Pág. 78-82)

ellos remolcan al desarrollo cognitivo individual. Desarrolla estrategias cognitivas para codificar, categorizar, expresar, y evaluar la información. Da oportunidad de opinar, participar, investigar, corregir y aplicarla a nuevas situaciones para decidir y desarrollar conocimiento transformador mediante la capacidad de **Aprender Haciendo**, distinguiendo (1) lo que sabe; (2) lo que quiere saber; (3) lo que ha conseguido saber, buscando información necesaria progresiva e independientemente y comprender que la calidad de su aprendizaje será la calidad de su esfuerzo, es decir, a sumar sumando, a observar observando, para enfrentar situaciones con mayor facilidad y éxito. Proceso que es conocido como meta cognición y es una de las innovaciones que el constructivismo desarrolla.

En el proceso de capacitación sobre el sistema alternativo de las L.A.S., las familias desarrollaron conocimientos y destrezas para promover el cuidado del medio ambiente, las relaciones entre vecinos mejoraron al contar con canales de comunicación y de expresión de los problemas y la visualización de soluciones. La comunidad enfrentó tabúes y creencias culturales que relacionaban el manejo de las heces como algo desagradable y peligroso que no merece ser tratado en forma abierta y aprendió de ecología y de recuperación de valiosos recursos agrícolas (abono) presentes en los residuos humanos al manejar adecuadamente las excretas. Se logró la percepción para la construcción del Saneamiento Básico de la zona.

La Promoción Social en la intervención, se inició a partir del año 1998, en oportunidad en que la postulante implementó la elaboración del Plan de Desarrollo Local y realizó la elaboración participativa, ejecución y seguimiento del proyecto de salud “Equipamiento del centro de salud y capacitación comunitaria en salud”, momentos a través de los que se identificaron las fuerzas sociales traducidas en un Presidente y dos miembros de la Junta de Vecinos, familias interesadas en mejorar su calidad de vida, la ONG Visión Mundial con un trabajo previo y la Cruz Roja Boliviana

Filial Beni con el programa de Educación Comunitaria para la prevención de Desastres, acceso a financiamiento externo.

Durante la implementación del proyecto, la consolidación de un equipo comunitario conformado mediante convocatoria pública, por personas del mismo barrio, fue un importante acierto para construir responsabilidades sociales en el barrio. Varones y mujeres visualizaron cómo el proyecto instaló y desarrolló capacidades en su propia gente y se sintieron familiarizados a la hora de participar en las actividades. Otro aspecto importante se refiere a la autoestima de las y los integrantes del barrio y la conciencia de pertenencia ante los logros obtenidos con el proyecto, habiendo sido este, el único barrio de la ciudad de Trinidad que desarrolló la experiencia innovadora, por lo que eran visitados permanentemente por personas de los barrios circundantes.

La identificación pública de gente interesada de participar en el Comité de de Letrinización con funciones definidas y 15 personas decididas a realizar las mismas, contribuyó a crear conciencia pública y capacidad de reconocimiento legitimado de la participación social de todos, de la necesidad de sostenibilidad del sistema alternativo de saneamiento básico instalado en las viviendas y de la importancia de continuar las gestiones para obtener la personería jurídica de la Junta de Vecinos y fortalecer el funcionamiento de esta a través de su Presidenta, Sra. Ruth Ortega de Fabricano, para lograr el desarrollo social de la zona.

La Organización Social, se sustentó en procesos destinados obtener la ampliación de las oportunidades de las personas al acceso masivo al conocimiento, a vivir una vida larga y saludable, a un conjunto de recursos que les permita alcanzar el bienestar, la capacidad para participar en la toma de decisiones en la dinámica de una comunidad y la seguridad personal.

El reconocimiento público de la Junta de Vecinos, como interlocutor formal único entre el proyecto y el Gobierno Municipal de Trinidad, entre el proyecto y la

comunidad, permitió nuclear y potenciar las acciones colectivas en función a intereses y fines sociales colectivos y obtener recursos para el proyecto. Se dio especial énfasis en el relacionamiento y el fortalecimiento del Gobierno Municipal de Trinidad y las familias, para involucrarlo y hacerlo partícipe del desarrollo del barrio, obtener apoyo técnico y apoyo político en la implementación del sistema alternativo de eliminación de las excretas como una posible solución a la carencia de sistemas de alcantarillado en la ciudad de Trinidad y en particular en las zonas urbano periféricas con características similares al Barrio 18 de Agosto.

La organización y funcionamiento del Comité de Letrinización, la consolidación del Equipo comunitario con capacidades y competencias realizadas hacía las familias, la organización de 8 grupos de trabajo conformados por 20 familias cada uno, permitieron la construcción de las relaciones intragrupalas comunales. Sin embargo, la organización social existente y traducida en 9 familias “poderosas” por sus recursos económicos y relaciones sociales, siguió funcionando sin lograr integrarse a la dinámica social del barrio, sucediendo la misma situación con respecto a las familias de reciente ubicación en el barrio.

Las percepciones de Trabajo Social hacía el Saneamiento Básico de la ciudad de Trinidad

En el Gobierno Municipal de Trinidad existen enfoques inadecuados sobre el Saneamiento Básico, al considerar que esta ciudad requiere de los sistemas convencionales de manejo de las heces que utilizan agua sin identificar las desventajas relativas al costo, a las condiciones físicas y topográficas de la ciudad y la contaminación del medio ambiente que estos producen al no realizar el adecuado tratamiento de las aguas residuales recolectadas y lo más preocupante, se continúa en la tarea de instalar letrinas de pozo subterráneo en la ciudad.

No se visualizan los efectos que sobre la salud de la población tienen la gran cantidad de residuos existentes sin tratamiento adecuado ni el alto grado de vulnerabilidad en el que se encuentran las poblaciones urbano periféricas. El Gobierno Municipal ignora las *potencialidades* que existen en las personas, que pueden desarrollar destrezas y cambios de *actitud*. Desconoce las *capacidades de la comunidad para organizarse*, defender sus intereses de manera autónoma y sostenida, para lograr su propio desarrollo y un hábitat saludable.

En la obtención del financiamiento para el proyecto del sistema alternativo de Saneamiento Básico, Trabajo Social enfrentó la realidad de que se presta mayor atención a las propuestas de abastecimiento de agua en detrimento del manejo de las excretas debido al bajo prestigio que existe cuando se promueve el uso de instalaciones sanitarias de bajo costo y la educación sobre la higiene. Así mismo, que los recursos que se destinan al saneamiento básico son menores que los que se otorgan para la salud.

CAPITULO VII

7. A manera de conclusiones

Abordar la sistematización de una experiencia, supone una interpretación crítica que se realiza a partir del ordenamiento y reconstrucción que explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido, como se han relacionado entre si y porqué lo han hecho de ese modo. Es un proceso crítico fundamental para la propia formación profesional, ya que nuestras experiencias se convierten en la fuente más importante de aprendizaje teórico-práctico para comprender y mejorar nuestras prácticas, para extraer enseñanzas y compartirlas con otros.

Conocer y recuperar la experiencia exitosa de participación social y saneamiento básico referida a Letrinas Aboneras Secas, significó enfocar la misma en el contexto de la salud integral, analizando los procesos de salud – enfermedad y de capacitación; el papel de las y los actores sociales, identificando fortalezas y debilidades y el impacto del proyecto en el desarrollo comunitario integrado, desde la perspectiva de la sostenibilidad y la adecuación de tiempos en la construcción, funcionamiento, uso y mantenimiento de Letrinas Aboneras Secas (L.A.S.).

El proceso de capacitación de mujeres y varones identificando fortalezas y debilidades del proceso educativo, aciertos y desaciertos de la metodología participativa utilizada.

El conocimiento del proyecto y la elaboración participativa del mismo, en periodos anteriores, contribuyeron a la apertura de la comunidad hacía la ejecución del mismo. El acierto más importante del proceso de capacitación de varones y mujeres, se refiere a la asimilación de las competencias desarrolladas en las áreas de Salubridad y Saneamiento, a través de las cuales, han realizado esfuerzos para el dominio del medio ambiente y de su propia vida y el cambio de actitudes hacía el manejo de las excretas

cuando el sistema alternativo les ha demostrado que las mismas se han transformado en abono. Los contenidos educativos de fácil entendimiento y extraídos de la realidad, de sus experiencias y frustraciones, se tornaron familiares a la hora de la capacitación.

Otro acierto, se refiere al equipo comunitario conformado por vecinas y vecinos, con capacidades, habilidades y conocimientos desarrollados por el proyecto, los mismos que se convirtieron en el ejemplo de saber y poder hacer para transformar la realidad de contaminación del barrio.

El modelo de capacitación en cascada colaborativa y cooperativa, facilitó y fortaleció los contenidos, la adquisición del conocimiento, la capacidad de transmisión y el tiempo de capacitación teórica y práctica.

La debilidad más importante en el proceso, se refiere al seguimiento individualizado de cada uno de las y los participantes de las familias, para lograr que el contenido de capacitación, que tiene una secuencia lógica, sea asimilado en su totalidad por cada persona.

Relación entre los procesos de Planificación Estratégica, la Gestión de Proyectos y el Desarrollo Comunitario Integrado.

Se ha podido evidenciar la importancia de la **Planificación Estratégica** que el Trabajo Social ha implementado en la Cruz Roja Boliviana desde la Dirección Nacional de la Unidad de Planificación y Proyectos, y que en el caso del barrio 18 de Agosto, ha sido concretizada en el *Plan de Desarrollo Local (PDL)*, elaborado participativamente y que permite visualizar los objetivos de desarrollo del barrio, fortalece el desarrollo e interrelación de las funciones de la profesión referidas a la Participación Social, la Educación Social, la Gestión Social, la Organización Social y la Promoción Social.

En el Plan de Desarrollo Local, la función de la *Gestión Social* ha permitido focalizar al ser humano como objeto y sujeto de su propio desarrollo en el marco de referencia de su comunidad, fortaleciendo su capacidad de respuesta para la atención y el cuidado de su salud y la contribución al mejoramiento y la conservación del medio ambiente⁹⁷. Promoviendo la participación social y creando espacios de análisis de la realidad, identificando y priorizando problemas, acciones estratégicas de solución de acuerdo a la visión y la percepción de las personas del barrio, se determinaron objetivos estratégicos comunitarios y se elaboraron los proyectos que fueron enviados a la financiación. En el proceso de elaboración de los proyectos, se realizó el análisis de la realidad de la salud y del saneamiento a nivel nacional, departamental y local, contando con la participación de la comunidad y del personal técnico de la Cruz Roja Boliviana. Este hecho fue importante, ya que la letrización del barrio se encontraba en la memoria de las familias del barrio (1998-2003) y en las expectativas de la comunidad, lo que facilitó la ejecución del proyecto “Letrinas Aboneras Secas Familiares. Una alternativa de servicios básicos para las familias del barrio 18 de Agosto”.

La gestión de los proyectos y en particular el de “Letrinas Aboneras Secas Familiares. Una alternativa de saneamiento básico para las familias del barrio 18 de Agosto”, contó con instrumentos técnicos y administrativos de planificación, seguimiento, monitoreo y evaluación elaborados desde la Dirección Nacional de la Unidad de Planificación y Proyectos, que fueron transferidos a través de capacitación en la lógica de su utilización al equipo técnico operativo de la ciudad de Trinidad, fue adecuada y permitió enfrentar imponderables como la demora de desembolsos económicos por parte de la financiación y la inundación de la ciudad de Trinidad. Este último hecho importante y efectivamente previsible al elaborar el cronograma del proyecto (periodo lluvioso en el Beni), no puede ser adecuado a los tiempos de la financiación, los mismos que transcurren desde la aprobación del proyecto, el logro de fondos, el primer envío en cualquier tiempo del año y el cronograma de informes técnicos y económicos del ente financiador.

⁹⁷ Cruz Roja Boliviana. *Plan Estratégico de Desarrollo 2004-2008*. La Paz. (Pág. 18)

La función profesional del Trabajador Social en el proceso de Capacitación,

Es importante enfatizar en que la experiencia de trabajo desarrollado por la postulante en la Cruz Roja Boliviana contribuyeron al fortalecimiento del Trabajo Social en la organización y en el proceso de capacitación del proyecto.

La función centrada en la Educación Social, se inicia a partir de la elaboración del Plan de Desarrollo Local, a través del cual y mediante observación directa y aprender haciendo, se capacita a las y los voluntarios y técnicos de la Cruz Roja Boliviana sobre los momentos y los procedimientos que componen la elaboración del Plan de Desarrollo Local y del proyecto.

Durante los procesos de capacitación en Salubridad, partiendo de las propias experiencias y realidades sobre la enfermedad de niñas, niños y adultos, se visualizan soluciones que están relacionadas con procesos educativos sobre salud – enfermedad, que tienen incidencia directa en la conciencia y en el comportamiento de las personas con relación a las condiciones de contaminación del medio ambiente y que afectan a todas las familias.

La capacitación en Saneamiento, al introducir sistemas alternativos que no son los tradicionales (L.A.S.), requirió de sensibilización a través de la visualización de la nueva propuesta, análisis de sus ventajas, composición, funcionamiento, el proceso del tratamiento de excretas con material secante y la visualización del modelo de letrina subterránea. Proceso activo participativo ejecutado permanentemente a lo largo del proyecto.

El modelo de capacitación en cascada colaborativa-cooperativa utilizado, es una buena opción para procesos similares en los que se enfatiza en el Aprender Haciendo, la planificación por resultados y la transferencia del conocimiento transformador que muestra la relación que existe entre saber y el poder hacer y que potencian las

capacidades de los sujetos sociales del barrio 18 de Agosto. Permite que la formación individual de cada uno de las y los integrantes del equipo técnico operativo y del equipo comunitario, se fortalezca en el proceso de la transmisión de conocimientos teóricos y su relación con la práctica.

Los procesos de capacitación en la comunidad, fortalecieron las capacidades personales y competencias desarrolladas por el equipo técnico operativo del proyecto y en particular, por el Coordinador Local. Existiendo la misma situación entre los Facilitadores y las Visitadoras y los visitantes comunitarios.

El material educativo elaborado participativamente entre el equipo técnico operativo y la comunidad, adecuado a la realidad de lecto escritura de los habitantes del barrio, se ha constituido en un elemento de gran apoyo para fortalecer y reciclar de manera permanente los conocimientos obtenidos en el proceso de capacitación

El fortalecimiento de Trabajo Social en base a 11 años de experiencia de trabajo en la Cruz Roja Boliviana.

La postulante inició sus funciones en la Dirección Nacional de Asuntos Sociales (1994), en la que se realizaba el trabajo a través de Clubes de Madres y la distribución de alimentos y ropa en todo el país, a través de los programas de Educación para la Salud, Alfabetización de adultos, Capacitación de mujeres en cocina y repostería y tejido. El Diagnóstico de la situación del programa evidenció que la institución carecía de sistemas adecuados de control administrativo que habían afectado la transparencia del manejo de los recursos (alimentos y ropa) en la institución, y hacía las mujeres, se fomentó la dependencia. Se trabajó sin indicadores de resultados ni de impacto, restringiendo el trabajo a la cantidad de mujeres que recibían mensualmente su ración de alimentos y ropa.

Se redefinen los objetivos de intervención con mujeres, en los que se determina la autosuficiencia económica a través de la formación formal de mano de obra calificada a nivel de Operarios Calificados y Alfabetización de Adultos como prioritarios. Se inicia el proyecto “Centros de Capacitación para mujeres en 3 Filiales Departamentales de Cruz Roja Boliviana” con financiamiento de Cruz Roja Española. (Pando, Tarija y Oruro, en actual funcionamiento.) Integra la Salud comunitaria a los programas del Estado Boliviano y a los Servicios de Salud de la Cruz Roja Boliviana en algunas capitales de departamento.

Por el lapso de cuatro años, la postulante se desempeñó como Coordinadora Técnica Operativa Nacional además de Directora Nacional de Asuntos Sociales y al producirse cambios estructurales en la Cruz Roja Boliviana, fue ascendida a la Dirección Nacional de la Unidad de Planificación y Proyectos, continuando con la Dirección Nacional de Asuntos Sociales y durante cinco meses, ocupó además la Dirección Nacional de Desarrollo Organizacional y la Jefatura de la Unidad de Planificación y Proyectos (2005).

Las funciones que la postulante desempeñó en la Cruz Roja Boliviana a través de la Dirección Nacional de Planificación y Proyectos, determinaron un mayor desarrollo de las competencias de la **Gestión Social**, se desarrolló la Planificación estratégica y capacitación del equipo técnico institucional en metodologías de Planificación Participativa, Elaboración de Planes de Desarrollo Local y proyectos sociales desde la metodología del Marco Lógico en la sede central y en las 9 Filiales departamentales y 18 provinciales de la Cruz Roja Boliviana, desarrollando equipos de Planificación y proyectos en base a los cuales se identificaron proyectos y se implementaron los mismos, entre los que se encontraba CRB Filial Beni. Desarrolló las funciones de Contraparte de la Cruz Roja Boliviana ante la cooperación internacional.

Al mismo tiempo, diseñó y ejecutó proyectos de Desarrollo organizacional de capacitación permanente en las Filiales departamentales y provinciales a través de los

cuales, se logró realizar el diseño del Plan Estratégico de Desarrollo 2000 – 2004, la posterior evaluación del mismo y la nueva construcción del Plan Estratégico 2004 – 2008, con la participación de 300 voluntarias y voluntarios y personal técnico. Se logró la implementación de Planes de Desarrollo Local en 9 Filiales Departamentales y 18 Filiales Provinciales

Realizó la Coordinación Nacional del Programa Amazónico en Cruz Roja Boliviana monitoreando el trabajo de las Filiales amazónicas de Beni y Pando, instancias en las que realizó el seguimiento de los proyectos resultantes de los Planes de Desarrollo Local en las áreas de Salud, Saneamiento Básico y Desarrollo Organizacional. .

Facilitó los procesos ante el Ministerio de Educación y Culturas para la creación y formalización de las 3 Escuelas de Auxiliares de Enfermería (Cochabamba, Tarija y Oruro) y realizó el seguimiento del proyecto de Centros de Capacitación Técnica para la instalación y funcionamiento de 3 Centros de Educación de Adultos (Pando, Tarija y Oruro), instancias todas de Educación Alternativa para adultos en actual funcionamiento.

Diseño y manejo de sistemas técnicos y administrativos para la ejecución de proyectos, que han sido utilizados en el proyecto “Letrinas Aboneras Secas. Una alternativa de servicios básicos para las familias del barrio 18 de Agosto” Trinidad. Beni.

En **Educación Social**, ha planificado, organizado, dirigido y evaluado procesos educativos relacionados en Salud, Educación, Medio ambiente, Desastres naturales, Desarrollo organizacional, Prevención de desastres, Saneamiento Básico, facilitando además procesos reflexivos grupales y de análisis de conflictos en las relaciones comunitarias y elaborado material educativo.

Desde la función de la **Investigación Social**, Trabajo Social ha desarrollado instrumentos para la elaboración del Diagnóstico comunitario participativo a través del cual, se logró la percepción de las personas de la comunidad y el significado de las situaciones, en el que además de identificar las necesidades y demandas sociales, ha permitido elaborar planes de desarrollo local a largo plazo y proyectos de desarrollo.

A través de la **Organización Social**, fortaleció la conformación y funcionamiento del equipo multidisciplinario de la Sede Central de Cruz Roja Boliviana, la elaboración de los Programas del Plan Estratégico de Desarrollo 2004 / 2008 y Planes Operativos Anuales y las alianzas estratégicas entre la Cruz Roja Boliviana, organismos estatales, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales.

Promocionó la formación de equipos comunitarios en los proyectos, promoviendo el desarrollo e instalación de capacidades locales en las comunidades, mediante la capacitación permanente bajo la metodología de Aprender Haciendo. Facilitando además procesos de participación social.

Desde la **Promoción Social** se impulsó el agendamiento de problemas sociales en espacios de decisión e intervención comunitaria, mediante los cuales se motivó a la comunidad para su involucramiento en procesos sociales que surgieron en el espacio de Planificación Participativa en el que se generaron espacios de comunicación e información y articulaciones entre actores sociales de los proyectos y comunidades. Generando estrategias de acción social y colectiva en torno a objetivos comunes, generando la corresponsabilidad social.

Las competencias desarrolladas por las y los actores en el proceso de capacitación y la sostenibilidad de la tecnología.

Desde la perspectiva de la salud integral del barrio, el proyecto focalizó la intervención hacía los factores de causalidad habilitantes (medio ambiente contaminado)

y precipitantes (exposición a enfermedades de la piel y EDA), por lo que se requirió el desarrollo de competencias relacionadas a un conjunto de capacidades, conocimientos y saber hacer organizados para ejecutar de manera adecuada, un conjunto de tareas que satisfacen exigencias sociales precisas relacionadas con la salubridad y el saneamiento.

La Salubridad.- Relacionada con todos los aspectos que conciernen al mejoramiento de las condiciones de vida de la población y el cuidado de la salud colectiva. Se apoya en los conocimientos que sobre las excretas humanas ya existían en el contexto social del barrio, para desarrollar nuevos conceptos positivos relacionando a estas con los alimentos y la digestión.

El desarrollo de competencias en Jefas y Jefes de familia bajo la responsabilidad de Facilitadores y Visitadoras y visitantes comunitarios,(recursos humanos propios de la zona con experiencias similares), favoreció la emisión de conceptos, procedimientos y actitudes con respecto a las condiciones de salud y sus causas, las excretas y su composición, el proceso de eliminación de excretas mediante ejercicios prácticos participativos de consumo de agua y eliminación de orina, visualizando la contaminación del suelo, del agua y las tensiones interpersonales entre las familias.

Reconocen el contenido de microbios en las excretas y que el ingreso de estos en el cuerpo produce Enfermedades Diarreicas Agudas, Enfermedades de la piel, reconocidas por ellas y ellos y permanentes en la zona. Saben que la forma de eliminar las excretas sin contaminar, es a través de Letrinas Aboneras Secas (L.A.S.).

El Saneamiento: Relaciona comportamientos y provisión de instalaciones que conjuntamente posibiliten un ambiente higiénico, para reducir el ciclo de la enfermedad. Interviene en la disposición o manejo de higiénico de excrementos humanos.

Tienen el conocimiento de que la L.A.S. previene las enfermedades intestinales porque aísla y elimina los microbios de las heces por la forma como funciona, la

utilización del material secante, el cuidado de mantenerla seca y evitar la mezcla de la orina con las heces.

Las competencias relacionadas con la construcción, funcionamiento y mantenimiento de Letrinas Aboneras Secas, les permiten integrar los conceptos teóricos a la práctica y viceversa. Se identifica la estrecha relación existente entre todos los procesos, por lo que el desarrollo de competencias es integral desde el inicio de la formación y permite crear espacios de integración y participación comunitaria permanente. El Aprender Haciendo en el desarrollo de las competencias, a medida que se construían en base a un cronograma, unas empezaban a funcionar y el mes 14 del proyecto, otras ya se encontraban en el proceso de mantenimiento y vaciado de las cámaras y utilización del abono.

Han desarrollado conductas saludables organizadas en el uso de la L.A.S. Han mejorado su calidad de vida al haber ampliado la superficie física en la que desarrollan sus actividades cotidianas dentro de sus viviendas. La instalación de jardines y la ausencia de mal olor les han permitido realizar actividades al aire libre y los alrededores de las viviendas son limpiados diariamente. El 20 % de las viviendas han iniciado la construcción de ambientes con material noble, dejando de lado la precariedad de las mismas.

La sostenibilidad del sistema alternativo ha quedado determinada a través de cada una de las 160 familias que iniciaron su participación a través de la apertura mental para la adquisición de nuevos significados sobre las excretas humanas como resultado de la ingestión de los alimentos y la naturaleza para facilitar el manejo de estas y la formación de hábitos saludables, que han aprendido la construcción, el funcionamiento y el mantenimiento de sus Letrina Abonera Seca. A nivel comunitario, la visión de la zona con un sistema de saneamiento básico adecuado a la realidad, que promociona la salud, previene las enfermedades y da protección al medio ambiente, pero que requiere de cambios de actitudes.

No se produjeron contradicciones en el proceso de la implementación del sistema alternativo de Saneamiento Básico, sin embargo, el mayor problema a enfrentar estuvo relacionado con la inundación de la ciudad de Trinidad y la demora en el desembolso por parte de la financiación. La demora de tres meses en el cronograma del proyecto significó realizar primero los procesos continuos de capacitación teórica, para luego y una vez secados los terrenos, continuar el proceso.

7.1. Proyecto: “Redes Sociales y sostenibilidad del sistema alternativo de Saneamiento Básico”.

1. Identificación del proyecto

1.1. Título del proyecto: *“Redes Sociales y sostenibilidad del sistema alternativo de saneamiento básico”.*

1.2. Tipo de proyecto: *Socio-Educativo*

1.3. Sujetos participantes: *160 Jefas y Jefes de familia de 16 a 60 años del Distrito Municipal N° 1 de Trinidad.*

1.4. Ubicación geográfica: *Barrio 18 de Agosto*

1.5. Instituciones responsables: *Cruz Roja Boliviana – Junta de Vecin@s 18 de Agosto*

1.6. Instituciones patrocinantes: *Alcaldía Municipal de Trinidad – Cruz Roja Española*

1.7. Producto: *Familias organizadas en Redes Sociales para promover la sostenibilidad del sistema alternativo de saneamiento básico.*

1.8. Periodo: *Enero a Diciembre del 2008*

1.9. Presupuesto

- *71.340.88 Bs. Setenta y un mil, trescientos cuarenta, 88 /100 Bolivianos*
- *9.265.05 U\$. Nueve mil, doscientos sesenta y cinco, 05 /100 Dólares americanos.*

2. Justificación

En los últimos años, Bolivia ha iniciado un proceso de cambios estructurales orientados a alcanzar los objetivos sociales y económicos para lograr el desarrollo integral y equitativo de las mujeres y los varones que habitan en su territorio, área de intervención de Trabajo Social. .

Los temas más importantes se centran en el desarrollo humano que enfatiza en la ampliación de las oportunidades de las personas para acceder masivamente al conocimiento, a vivir una vida larga y saludable, a la libertad política, a la capacidad para participar en la toma de decisiones en la dinámica de una comunidad, a la seguridad personal entre otros derechos humanos y que durante el proceso, construyen capacidades, crean y recrean el conocimiento, comparten experiencias vividas, desarrollan destrezas y cambian de actitud para construir un hábitat en donde se satisfagan las necesidades humanas fundamentales en el marco de los derechos humanos.

En la misma perspectiva del desarrollo humano, se reconoce que la comunidad cuenta con capacidades para organizarse, tiene poder de decisión para realizar acuerdos comunitarios y alianzas estratégicas, defender sus intereses y lograr su propio desarrollo con visión de futuro. Para tales fines, la descentralización, el fortalecimiento de los gobiernos locales y la gerencia del Trabajo Social en los Gobiernos Municipales , permiten la cogestión que incide en el desarrollo local, mejoran la gobernabilidad y la concertación desarrollando una cultura de consenso, resolviendo conflictos y aprendiendo a vivir con las diferencias.

La sostenibilidad del desarrollo de las comunidades se fundamenta en la participación individual, familiar y colectiva, a través de la cual, todos y cada uno pueden prestar ayuda significativa y muestran capacidad y voluntad de asumir el riesgo que supone participar. Conforman relaciones interpersonales que además de otorgar

sostén emotivo, ayuda material, servicios, información entre otros, generan vínculos significativos que varían en intensidad, nivel de compromiso y contactos frecuentes, formando lazos por los que se transmiten mensajes y se conforman los sistemas de redes sociales.

En la formación de estas redes sociales tendientes a la sostenibilidad del desarrollo comunitario, existen tres aspectos importantes a considerar y que se refieren: (1) a favorecer la **autogestión** como una manera de “seducir” e implicar a cada individuo o grupo por si mismo, en una tarea colectiva, (2) conllevar un **elemento auto-educativo** adicional y (3) contar con un **tema generador**, capaz de arrastrar a los demás a partir de su capacidad propia de seducción pública y de quienes con tal tema trabajan y saben dotarse de medios para ir enganchando a los otros integrantes de la comunidad.

Es en base a lo anteriormente expuesto, que el proyecto “**Redes Sociales y sostenibilidad del sistema alternativo de saneamiento básico**” ya instalado pretende la participación social y la conformación de las redes sociales con las jefas y jefes de las familias, los miembros de las familias, la Junta de Vecinos, el Comité de Letrinización del barrio 18 de Agosto y el Gobierno Municipal de la ciudad de Trinidad.

El elemento auto educativo, estará orientado hacia el apoyo y la capacitación permanente de las Redes Sociales para el funcionamiento y mantenimiento de las Letrinas Aboneras Secas (L.A.S.) y el fortalecimiento de conductas saludables del manejo de las excretas, el cuidado de la salud y la higiene personal, de las viviendas y de la comunidad.

El tema generador, se basará en el fortalecimiento del Saneamiento Básico y la consecución del Plan de Desarrollo Local del barrio 18 de Agosto.

3. Misión del proyecto

El proyecto busca fortalecer la organización social del barrio para lograr la Personería Jurídica de la Junta de Vecinos, el reconocimiento legal de la zona y trabajará con las fortalezas y capacidades de las y los actores sociales del barrio referidas al desarrollo de prácticas democráticas en la elección de sus representantes, el liderazgo de la actual Presidenta de la Junta de Vecinos, el Comité de Letrinización, promoviendo la conformación de Redes Sociales para promover la sostenibilidad del sistema alternativo de saneamiento básico instalado en el barrio 18 de Agosto, de la ciudad de Trinidad.Beni.

4. Visión

Comunidad organizada en Redes Sociales orientadas a fortalecer y promover la sostenibilidad del funcionamiento y mantenimiento del sistema alternativo de las Letrinas Aboneras Secas, mediante la participación comunitaria, la creación de sistemas de comunicación e información en la que las vecinas y vecinos expresan sus deseos y necesidades colectivas y su compromiso con el saneamiento básico del barrio para obtener satisfacciones suficientes para lograr calidad de vida.

5. Objetivos, Resultados y Actividades

5.1. Objetivo General

Promover la participación de la comunidad en la organización de Redes Sociales, a fin de fortalecer el Saneamiento Básico del barrio 18 de Agosto, consolidando la sostenibilidad del sistema alternativo instalado a través de las Letrinas Aboneras Secas, mediante la integración de la fuerza y la unificación de los fines e intereses de la comunidad.

Indicadores Objetivamente Verificables

A partir del mes 1, el Comité de Letrinización desarrolla sus funciones y lideriza la organización de actividades para la conformación de las cuatro redes sociales.

A partir del mes 2, se han organizado cuatro redes sociales (Comités de apoyo) con la participación de 40 familias promedio cada una, e inician actividades para la sostenibilidad del sistema alternativo de saneamiento básico.

Se ha eliminado en 100 % la contaminación del medio ambiente causada por las letrinas de pozo subterráneo.

Han disminuido en 50 % las enfermedades de origen hídrico y de tratamiento de las excretas (las diarreas y las enfermedades de la piel).

El 100 % de las familias mantienen sus L.A.S. y han ampliado el espacio físico en el que desarrollan sus actividades domésticas.

El 100 % de las familias reciclan sus conocimientos de construcción, funcionamiento y mantenimiento de las L.A.S. con el apoyo de las 4 redes sociales organizadas.

El 100 % de las familias afianzan las competencias y hábitos de higiene en el manejo de las excretas.

Al mes 10 de iniciado el proyecto, el 100 % de las familias desarrollan conductas saludables y han eliminado la contaminación del medio ambiente.

Al mes 12, el barrio cuenta con un Plan de Saneamiento Básico elaborado en el barrio con el asesoramiento técnico del Gobierno Municipal.

Fuentes de Verificación

Línea de Base de EDA y enfermedades de la piel

Lista de participantes por Red

Informes técnicos y económicos

Informes fotográficos

Hipótesis o Supuestos

Los miembros de las Redes sociales con decisión política de participar activamente porque el sistema alternativo ha mejorado el Saneamiento Básico del barrio.

5.2. Objetivos Específicos

O.E. 1.

Desarrollar la organización social promoviendo gestores sensibilizadores del medio ambiente, que fortalezca la corresponsabilidad y la colaboración de la comunidad en procura del funcionamiento y mantenimiento adecuado de las Letrinas Aboneras Secas.

Indicadores Objetivamente Verificables

Cuatro Redes Sociales conformadas por 160 Jefas y Jefes de familia, que aportan con conocimientos (saben), procedimientos (saben hacer) y la toma de conciencia de la importancia del cuidado del medio ambiente, uso y mantenimiento del sistema alternativo las L.A.S. para viviendas, a partir del 2do mes.

Cuatro Redes Sociales organizadas formalmente cuentan con un Reglamento interno y funcionan a partir del mes 2.

Cuatro Redes Sociales en funcionamiento, cuentan con Planes de trabajo y cronogramas definidos a partir del mes 2.

Fuentes de Verificación

Lista de participantes en las redes.

Material educativo.

Informes técnicos.

Informes económicos.

Cronograma de actividades.

Informes mensuales de actividades.

Hipótesis o Supuestos.

El sistema alternativo ha respondido a los intereses y a las experiencias de las familias y es adecuado a la realidad de la zona.

Existe interés en las familias para participar en las redes sociales.

O.E.2.

Promover el cumplimiento de las funciones del Comité de Letrinización para dinamizar la participación de la comunidad.

Indicadores Objetivamente Verificables

A partir del mes 1, el Comité de Letrinización previamente organizado y funcionando, apoya la sostenibilidad del sistema alternativo de L.A.S. y aporta con información para identificar intereses estructurales condicionantes para la organización de las redes sociales.

Fuentes de Verificación

Informes mensuales de actividades de seguimiento

Lista de participantes

Hipótesis o Supuestos.

Las personas integrantes han seguido funcionando luego de finalizado el proyecto **1**, han movilizó a la comunidad para el funcionamiento y mantenimiento adecuado de las Letrinas Aboneras Secas.

O.E.3.

Impulsar la promoción social desarrollando canales de comunicación para fluir la información entre mujeres y varones del barrio.

Indicadores Objetivamente Verificables

Sistemas comunicación para la información de las personas, instalados en lugares estratégicos y accesibles para la comunidad a partir del mes 3.

Fuentes de Verificación

Actividades destinadas a incentivar la comunicación entre vecinas y vecinos.

Material elaborado para la comunicación.

Nº de Sistemas instalados en la comunidad.

Hipótesis o Supuestos

Los sistemas de comunicación son interesantes y atractivos

O.E.4.

Fortalecer y dinamizar la participación comunitaria para crear puentes de comunicación para que vecinas y vecinos expresen sus deseos y necesidades colectivas, su compromiso con la salud familiar y comunitaria de la zona, el futuro del territorio y los objetivos que desean alcanzar.

Indicadores Objetivamente Verificables

La comunidad expresa sus opiniones y estas son tomadas en cuenta para realizar el trabajo en las redes sociales (Comités de Apoyo), a partir del mes 2 de organizadas las estas.

Plan de actividades divertidas, interesantes y prácticas elaborado por las y los integrantes de las redes, elaborados desde el mes 2 de organizadas las redes sociales.

Fuentes de Verificación

Plan de actividades organizados por todas las y los integrantes de las redes.

Fichas familiares de informes de seguimiento de las Letrinas Aboneras Secas Familiares.

Hipótesis o Supuestos

Las vecinas y vecinos han desarrollado un clima de confianza mutua y de voluntad colectiva, y comienza a organizarse en Redes Sociales para lograr un pacto territorial.

5.3. Resultados

Para el **O.E.1.**

R.1. Redes Sociales instaladas y funcionando con la participación de mujeres y varones.

Indicadores Objetivamente Verificables

Cuatro Redes Sociales organizadas en base al área geográfica y funcionando a partir del mes 1:

Red 1: conformada por 4 manzanos comprendidos entre Avenidas Dina Pinto, Mamerto Durán, Carretera a Puerto Almacén y calle sin nombre. Total 42 viviendas.

Red 2: conformada por 3 manzanos comprendidos entre las Avenidas Mamerto Durán y Avenida 18 de Agosto, Carretera a Puerto Almacén y calle sin nombre. Total 44 viviendas.

Red 3: conformada por 2 manzanos comprendidos entre las Avenidas 18 de Agosto y Armando Tejada, Carretera a Puerto Almacén y calle sin número. Total: 31 viviendas

Red 4: conformada por 4 manzanos comprendidos entre las Avenidas Armando Tejada y Adalberto Durán, Carretera a Puerto Almacén y calle sin número. Total: 43 viviendas

Fuentes de Verificación

Lista de participantes

Actas de organización y funcionamiento

Planes de trabajo

Informes fotográficos

Informes de actividades

Hipótesis o Supuestos

Las redes sociales han logrado la participación activa de la comunidad en el desarrollo del barrio.

Para el **O.E.2.**

R.2. Comité de Letrinización consolidado y funcionando dinamiza la participación de la comunidad y forma parte de las Redes Sociales.

Indicadores Objetivamente Verificables

A partir del mes 1, el Comité de Letrinización conforma las Redes Sociales, desarrolla sus funciones y apoya en el fortalecimiento de competencias, actitudes y capacidades para reciclar, orientar y transmitir información y conocimientos.

Fuentes de Verificación

Lista de integrantes

Manual de funciones

Acta de reuniones e informes de trabajo

Plan de trabajo

Hipótesis o Supuestos

Las y los integrantes del Comité de Letrinización impulsan el desarrollo del barrio y han realizado el seguimiento del uso adecuado y el mantenimiento de las 160 L.A.S.

Para el **O.E.3.**

R.3. Sistemas de comunicación instalados y funcionando en el barrio.

Indicadores Objetivamente Verificables

160 familias cuentan con información permanente mediante la instalación de ocho sistemas que dependen de las redes sociales organizadas en el barrio a partir del mes 3.

Fuentes de Verificación

Nº de sistemas de comunicación instalados.

Material elaborado para la información.

Hipótesis o Supuestos

La comunidad cuenta con información que la motiva a participar.

Para el **O.E.4.**

R.4. Realizadas las actividades que motivan la Atención, el Interés, el Deseo y la Acción de la comunidad.

Indicadores Objetivamente Verificables

160 jefas y jefes de familia participan en la planificación y evaluación de actividades relacionadas con el seguimiento del funcionamiento, uso y mantenimiento de L.A.S., del Plan de Desarrollo Local y de recreación a partir del mes 3 de iniciado el proyecto.

Fuentes de Verificación

Informes técnicos y económicos

Hipótesis o Supuestos

Las familias sienten que ha mejorado su forma de vida porque han participado activamente y han sido oídas sus opiniones.

5.4. Actividades

Para el **R.1.**

A.1. Asamblea Comunitaria para la inducción al proyecto y sensibilización de jefas y jefes de familias hacía la organización de las redes sociales en el barrio.

A.2. Reuniones para la Organización de las Redes Sociales.

A.3. Elaboración del mapeo de relaciones para identificar a las y los motivadores responsables de cada una de las redes sociales, considerando la propuesta de vecinas y vecinos.

A.4. Constitución de la Comisión de Seguimiento del trabajo de las redes (Comités de Apoyo)

A.5. Reciclaje de conocimientos, habilidades y capacidades para el seguimiento del cuidado del medio ambiente y el funcionamiento y mantenimiento de las L.A.S.

Para el **R.2.**

A.6. Reuniones de trabajo con el Comité de Letrinización consolidado y funcionando.

Para el **R.3.**

A.7. Elaboración e identificación de Sistemas de comunicación instalados y funcionando en el barrio.

Para el **R.4.**

A.8. Visitas domiciliarias a las familias para realizar el seguimiento del uso, funcionamiento y mantenimiento de las L.A.S.

A.9. Reuniones mensuales de las cuatro redes sociales (Comités de apoyo).

A.10. 2 Campañas de limpieza de viviendas y áreas comunitarias en el barrio.

A.11. Festival de confraternidad entre las cuatro redes sociales.

Evaluación final participativa,

1. Aplicación de encuesta
2. Análisis de resultados
3. Socialización de los mismos con cada una de las redes sociales, para concluir en la Asamblea comunitaria.

6. Metodología de la intervención

El proceso de organización de las redes sociales tomará como grupo impulsor al Comité de Letrinización que realizó el seguimiento del desarrollo del proyecto “Letrinas Aboneras Secas. Una alternativa de servicios básicos para las familias del barrio 18 de Agosto”. Trinidad, y se constituyó en un dinamizador de la participación activa de vecinas y vecinos en el proceso de construcción, funcionamiento y el mantenimiento de las L.A.S., una vez que concluyó este. Este Comité además, proveerá

de información actualizada sobre el mantenimiento de las L.A.S., fortalezas y debilidades del sistema alternativo de Saneamiento Básico.

1er momento: Para la organización de las redes sociales se realizará el Mapeo de relaciones en cada una de las cuatro redes sociales (Comités de Apoyo), con la finalidad de identificar los sistemas de comunicación, información, preferencias, conductas, intereses, expectativas, fuerza de líderes comunitarios en su influencia frente a la comunidad. Los resultados del mismo nos permitirán identificar a la *persona motivadora* a la participación y organización comunitaria de cada una de las redes.

Al interior de red se promoverán las relaciones horizontales que generarán canales de comunicación que permitan que la información fluya tanto de arriba abajo, de abajo arriba, de izquierda a derecha y de derecha a izquierda, situación que además se verá facilitada por la *persona motivadora* que es reconocida y aceptada por sus vecinas y vecinos, la misma que realizará las siguientes funciones:

- Motivar la **atención** de vecinas y vecinos.
- Despertar el **interés** por acudir a las reuniones, realizar el mantenimiento de sus L.A.S. y utilizar los canales de comunicación para expresar sus opiniones.
- Fortalecer su **deseo** por participar en el desarrollo del Saneamiento Básico del barrio formulando sus propuestas o ideas y las visitas domiciliarias de sus vecinas y vecinos.
- Concentrar la información de las visitas domiciliarias realizadas por las vecinas y vecinos.

2do momento: Para realizar el seguimiento del mantenimiento de las L.A.S., en cada una de las redes conformadas por un promedio de 4 manzanos, se realizará el intercambio de visitas entre vecinas y vecinos: manzano 1 visita al 2 y manzano 2 visita al manzano 1 y así sucesivamente. Esto permitirá afianzar los lazos y solucionar posibles problemas de contaminación entre vecinos. La metodología de seguimiento se realizará

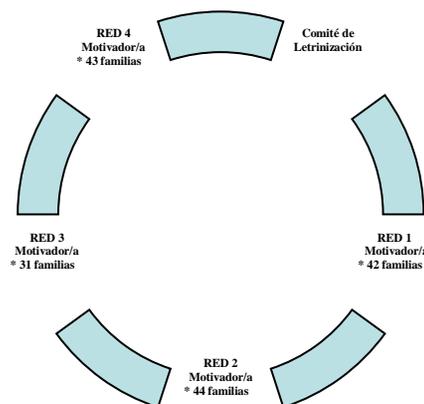
utilizando las técnicas de la Entrevista estructurada (Ficha Familiar) y la Observación directa.

Tercer momento: Para consolidar los conocimientos y hábitos saludables, se realizarán talleres de 2 ½ horas al 100 % de las familias a cargo de las visitadoras y visitadores comunitarios instalados en el barrio, utilizando técnicas participativas como lluvia de ideas, complementación de ideas, construcción de maquetas de Letrinas Aboneras Secas.

Cuarto momento: La instalación de sistemas de comunicación adecuados a la realidad de las condiciones de lectoescritura de la población en sitios estratégicos, con la participación activa de jefas y jefes de familia que integran las redes sociales, en la elaboración de contenidos educativos e informativos.

Quinto momento: Actividades de evaluación con la participación de las cuatro redes con la finalidad de fortalecer la cohesión social y la interacción, generaran espacios de socialización del Plan de Desarrollo Local (PDL), construcción de planes operativos y estrategias para la obtención del reconocimiento legal de la zona.

Gráfico No 2
Estructura



Cuadro No 21

7. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Para el R.1. A.1. Asamblea Comunitaria para la inducción al proyecto y sensibilización de jefas y jefes de familias hacia la organización de las redes sociales en el barrio.	X											
A.2. Reuniones para la Organización de las Redes Sociales.	X											
A.3. Elaboración del mapeo de relaciones para identificar a motivadores responsables de cada una de las redes sociales.	X											
A.4. Constitución de la Comisión de Seguimiento del trabajo de las redes (Comités de Apoyo).	X											
A.5. Reciclaje de conocimientos, habilidades y capacidades para el seguimiento del funcionamiento y mantenimiento de las LASF.		X	X									
Para el R.2. A.6. Reuniones de trabajo con el Comité de Letrinización consolidado y funcionando.	X											
Para el R.3. A.7. Elaboración e identificación de Sistemas de comunicación instalados y funcionando en el barrio.		X	X									
Para el R.4. A.8. Visitas domiciliarias a las familias para realizar el seguimiento del uso, funcionamiento y mantenimiento de las LASF, mediante observaciones directas y entrevistas estructuradas. (Fichas familiares)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
A.9. Reuniones mensuales con cada una de las 4 redes sociales (Comités de apoyo)		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación final participativa, 1. Aplicación de encuesta 2. Análisis de resultados 3. Socialización de los mismos con la comunidad												X

Cuadro No 22

8. Presupuesto General

TC: 7.70 Bs / U\$

1. Equipos y Suministros

Descripción	Cantidad	TOTAL	
		Bolivianos	Dólares
Computador portátil	1	5.390.00	700.00
Impresora	1	770.00	100.00
Megáfonos	4	1.540.00	200.00
Máquina fotográfica	1	924.00	120.00
TOTAL		8.624.00	1.120.00

II. Funcionamiento

Descripción	Cantidad	TOTAL	
		Bolivianos	Dólares
Comunicación		1.155.00	150.00
Material educativo. Trípticos	1.000	172.00	22.30
Manual/capacitación para Jefas y Jefes de flia	160	1.501.50	195.00
Carteles educativos	300	4.908.75	637.50
Manual de funciones y reglamento interno		61.60	8.00
Fichas Familiares		207.90	27.00
Maquetas	4	2.310.00	300.00
Pasacalles	8	1.848.00	240.00
Mensajes radiales		320.00	41.00
Papel Bond tamaño carta	1.000 hjs	54.82	7.12
Tinta para impresora	4	269.50	35.00
Material educativo : Salubridad , Saneamiento	1.000	171.71	22.30
Papel sábana. Resma		392.23	50.94
Pizarras acrílicas	4	280.00	36.36
Marcadores de agua	12	29.72	3.86
Marcadores de alcohol de colores	12	120.58	15.66
Scotch	24	163.85	21.28
Masking Tape	20	204.51	26.56
Cartulina		385.00	50.00
Refrigerios		6.584.80	855.17
TOTAL PARCIAL		21.136.88	2.745.05

III. Personal Local

Descripción	Cantidad	TOTAL	
		Bolivianos	Dólares
Coordinador Local. Tiempo completo. 1 año x 300 \$ mes	1	27.720.00	3.600.00
Apoyo administrativo 1/2 tiempo. 1 año x 150 \$/mes	1	13.860.00	1.800.00
TOTAL PARCIAL		41.580.00	5.400.00

Cuadro No 23**Presupuesto General y por Partida**

	Bolivianos	Dólares
1. Equipos y Suministros	8.624.00	1.120.00
II. Funcionamiento	21.136.88	2.745.05
III. Personal Local	41.580.00	5.400.00
TOTAL GENERAL	71.340.88	9.265.05