

## **1. Introducción**

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un virus RNA humano específico de especie, familia lentivirus, subfamilia retrovirus, existen dos tipos VIH-1, VIH-2. El primero es considerado como el responsable de la epidemia mundial y el segundo es considerado endémico en África Occidental.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) enfermedad causada por el virus del VIH, es una etapa tardía o avanzada de la infección por el VIH, el sistema inmunológico se describe como deteriorado, comprometido o disfuncional debido a la infección, la persona afectada puede fallecer por enfermedades oportunistas.

En la práctica existen tres modos fundamentales de transmisión: por transmisión sexual, vía parenteral (uso compartido de agujas o jeringas contaminadas o transfusión de sangre) y la vertical (de madre al feto).

La transmisión está relacionada con la desigualdad en las relaciones sociales y sexuales entre hombres y mujeres, con la deficiente educación sexual, con el comportamiento de la población, con los valores, creencias, tabúes y prácticas, con los patrones de cultura patriarcal y machista, con la falta de involucramiento, con la ignorancia, subvaloración y concepción errónea de que el VIH/SIDA es propio de otros países y personas.

El VIH/SIDA constituye una de las enfermedades de mayor interés para los responsables de la salud pública. El VIH/SIDA conforma una pandemia que amenaza a todos los países del mundo por su rápido incremento, alta letalidad y falta de medios eficaces de prevención y tratamiento. La enfermedad afecta especialmente a la población económicamente activa, conduce a la desintegración familiar y a la marginalidad y estigmatiza a las personas afectadas.

## **2. Antecedentes**

Desde el inicio de la epidemia en el año 1984, Bolivia caracterizó su epidemia en un estudio insipiente. La caracterización de la epidemia insipiente fue sustentada con los datos del sistema regular de vigilancia epidemiológica (pasiva) y con resultados de estudios especiales en sitios centinela para vigilar la circulación del virus en población general (embarazadas). Bolivia se encuentra en una epidemia concentrada, la prevalencia en algunos grupos de población que tienen comportamientos sexuales que ponen en más riesgo para la transmisión del virus del VIH, por encima del 5%. Este grupo de población constituye potencialmente una población puente, para la transmisión del virus de VIH hacia otros grupos de población, incluyendo a la población en general<sup>1</sup>.

Los casos de salud, de las Personas que Viven con VIH/SIDA (PVVS) acudieron al hospital a través del servicio de emergencias. En este contexto, según testimonios de personal de salud, tuvo lugar a experiencias de discriminación y rechazo. Las PVVS pueden llegar por medicina interna, consulta o directamente aquí a emergencias.

Esto puede explicarse por la manera en que están estructurados los servicios de atención médica y la forma de proporcionar atención a los pacientes que tienen una enfermedad o lesión que pone en peligro la vida y necesitan atención médica inmediata.

Sin embargo, la atención a las PVVS no es considerada como una emergencia, ya que no forma parte del esquema médico y social del cuidado para una vida recuperable o salvable. Cuando una PVVS ingresa al Centro Hospitalario, surge la relación en la que se liga de modo estrecho el VIH/SIDA con la Muerte, debido a su alto grado de deterioro del sistema inmunológico.

---

<sup>1</sup>

Boletín informativo epidemiológico, del Ministerio de Salud y Deportes, Año 3, N-2, Diciembre 2006. Dr. Ronny Rossell

La problemática contractual con la que atraviesa el Hospital Boliviano Cubano de San Julián referente a las PVVS, una vez determinada su positividad es la de referir a un centro de mayor complejidad (hospital de 3er nivel) debido a las limitaciones que presenta éste hospital. A pesar de contar con el servicio de ambulancia, los pacientes argumentan de una u otra manera para acudir con sus propios medios a los centros de mayor complejidad, y no cumplen con la referencia otorgada debido a que consideran erogar mayores gastos que por su precariedad no podrían cubrir y los familiares deciden mantenerlo a la PVVS en su domicilio hasta su fallecimiento.

### **3. Análisis del problema a intervenir**

La epidemia del VIH/SIDA es un problema de la salud pública, declarado por la OPS/OMS que está afectando a millones de personas en el mundo entero, sin posibilidad de curación a pesar de los esfuerzos científicos y económicos desplegados hasta la fecha.

En Bolivia los indicadores muestran un sostenido crecimiento de la epidemia del VIH/SIDA, hasta el año 2006 se ha reportado un total de 2.190 casos notificados y se estima que hay un nivel de transmisión de 10 posibles VIH positivos por cada persona diagnosticada con VIH positivo, con una prevalencia de 13.1 por millón de habitantes con este ritmo se espera que para el año 2015, fecha en que se cumple el plazo de las metas del Milenio se espera que la prevalencia sea de 14.2 por millón de habitantes, es decir que es necesario controlar la expansión de la enfermedad<sup>2</sup>.

De acuerdo a información proporcionada por el Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica<sup>3</sup>, los casos confirmados de VIH en Santa Cruz son de 48 personas en la gestión 2012. Ver Anexo 21.10

---

<sup>2</sup> Boletín informativo epidemiológico, del Ministerio de Salud y Deportes, Año 3, N-2, Diciembre 2006. Dr. Ronny Rossell  
<sup>3</sup> <http://www.sns.gob.bo/snis/default.aspx> Ministerio de Salud y Deportes

El SNIS considerado un instrumento que consolida datos estadísticos a nivel nacional. No registra casos de VIH en la gestión 2012 para el área de estudio, pero se refleja dos casos confirmados en la gestión 2010, una entre las edades comprendidas de 10 a 20 años y la segunda entre 21 a 59 años. Ver Anexo 21.11.

Se estima que por cada caso positivo de VIH no están identificados 100 casos, si este dato es consistente entonces la situación en el área de intervención es un problema de magnitud, siendo que en el hospital reportamos 4 casos de VIH positivos.

No existen estudios en el campo de la salud pública en el contexto local de San Julián, que analicen los procesos de interacción entre los proveedores de servicios de salud y las personas que viven con el VIH/SIDA cuando éstas acuden a solicitar servicios de salud. En este punto, el análisis y la comprensión de prácticas concretas es crucial si se considera que el sistema de atención en el hospital tiene un sólido sustento en las capacidades que los proveedores de servicios despliegan en el proceso de atención.

Por ello, este trabajo explora la relación entre las prácticas y el discurso de los prestadores de servicios, actores sociales que, son los poseedores del conocimiento, los expertos de quienes se espera que conozcan y comprendan la problemática alrededor de la infección por VIH y las personas que la padecen. Sin embargo, en otros países se ha documentado que los comportamientos y actitudes del personal médico están más cercanos a mitos, creencias, emociones y pautas culturales y sociales que al "conocimiento científico" existente.

Por otro lado se pudo recuperar información extraoficial en el Hospital Boliviano Cubano de San Julián, que data de la gestión 2010 a 2012, lapso de tiempo en la que se ha detectado 4 casos positivos de VIH/SIDA, de los cuales cuatro han

fallecido, uno de sexo masculino y tres de sexo femenino, de las cuales describimos el historial clínico de un caso en especial:

**San Julián Casos Positivos VIH/SIDA, “Fallecidos”**

Caso	Edad	Estado Civil	Profesión	Hijos	Sexo	Procedente
1	29	Casado	Albañil	2	Masculino	San Julián
2	24	Casada	Labores de Casa	2	Femenino	San Julián
3	28	Casada	Profesora	2	Femenino	Oruro
4	25	Soltera	Empleada Doméstica	1	Femenino	Brecha Casarabe

**Fuente:** Elaboración propia, en base a datos del Hospital Municipal de San Julián

**Caso 3.** La paciente fue atendida por emergencia, presentando un cuadro clínico de Infección Urinaria – Enfermedad Inflamatoria Pélvica, acompañado de un cuadro febril, la paciente de 27 años de edad, migrante de Oruro, casada, dedicada a la docencia del nivel básico, fue diagnóstica portadora del VIH/SIDA a través de los exámenes de laboratorio. Ver Anexo 21.12.

La paciente recibió tratamiento hospitalario durante su internación de una semana con antibioterapia y analgésicos antiinflamatorios. De acuerdo a la evolución reportan no mejora de cuadro clínico por la fiebre incontrolable y dolores de las grandes articulaciones.

En fecha 03 de marzo de 2010, el médico tratante solicita examen de VIH urgente. Ante la solicitud los familiares y en particular el esposo reacciona negativamente, indicando que no se le está brindando una atención buena, porque no presenta mejoría del cuadro clínico y menciona de retirar a la paciente del hospital, para referir a otro centro de salud y/o a su domicilio; horas después, de acuerdo al reporte de laboratorio confirman diagnóstico de positividad, remitiendo de oficio una muestra al CENETROP para su análisis.

El médico comunica a los familiares que la prueba rápida, realizada a la paciente es VIH+<sup>4</sup>, por la que sugiere el traslado a la ciudad de Santa Cruz para que se realice una prueba confirmatoria de ELISA en el CENETROP, indicando una Alta Médica, la misma no se describe en su historia médica.

Transcurrido unos días después, CENETROP nos remite los resultados de laboratorio, en la que señala “indeterminado”, obligando una nueva toma de sangre para su examen correspondiente.

Ante esta situación se procedió a ubicar a la paciente, informándonos de su deceso al tercer día de la última referencia médica. Además familiares de la paciente indican que no cumplió con el propósito de realizarse la prueba de ELISA. La fallecida ha dejado en la onfarnad a una niña menor a un mes al momento de su deceso, en la actualidad la niña radica en la ciudad de La Paz, bajo la tutela de su tía; y el viudo quien se dedica como chofer, vive y es portador del VIH y se conoce que actualmente vive con otra pareja.

El análisis de los expedientes clínicos refleja una cuestión técnica y ética en su manejo, al parecer no están conscientes de la importancia epidemiológica, clínica, legal y gerencial del expediente de cada paciente que llega al hospital, reflejamos lo observado en un caso:

El principal problema con la que se tropieza es la LEGIBILIDAD, no es posible descifrar cada texto escrito, esto deja muchas consecuencias, a) seguimiento epidemiológico, b) registro al Sistema Nacional de Información, c) Duda razonable de la interpretación del diagnóstico, y d) imposibilidad de tomar en cuenta como un documento formal.

---

<sup>4</sup> Historia clínica extraída del Hospital Municipal de San Julián

Otro dato importante es que en el historial clínico el médico tratante, en ningún momento no indago, ni le ha consultado sobre la vida sexual que vivió la paciente, situación que deja inconclusa un historial clínico tratándose por el caso de VIH/SIDA.

Para analizar una de las formas en que el proveedor de servicios de salud mira a una PVVS que busca atención médica es necesario revisar el desarrollo del significado del concepto grupos de riesgo. Esta noción guió la investigación y la práctica médica al comienzo de la epidemia cuando se detectaron los primeros casos de enfermedades atípicas en personas de raza negra y hombres que tenían sexo con otros hombres.

El concepto paradigmático de grupo de riesgo provocó entonces mayor estigmatización y discriminación en grupos que históricamente ya estaban señalados y segregados. Una vez conocido el virus que causaba la enfermedad y sus formas de transmisión, y gracias a la movilización de organismos y personas de la sociedad civil comprometidos con los grupos segregados, la noción cambió a comportamientos de riesgo. En la actualidad, las ciencias sociales han propuesto los conceptos de contextos sociales que determinan el riesgo, su producción y reproducción, y la vulnerabilidad como una herramienta analítica que permite conocer e introducir la noción de equidad entre grupos sociales diferenciados.

En el contexto de San Julián estos comportamientos de riesgo no están analizados ni explorados tanto es así que existen locales de fiestas nocturnas que a su vez ofrecen damas de compañía. Ver Anexo 21.18

La noción de grupo de riesgo persiste en la práctica clínica. En ella se establece un vínculo entre la solicitud, por parte del paciente, de la prueba diagnóstica y la pertenencia a un grupo de riesgo. Además, existe un sistema clasificatorio para los enfermos de acuerdo con sus características físicas o de

comportamiento, casi siempre ligadas a grupos de prácticas sexuales no aceptadas por la norma social y cultural, por ejemplo es frecuente asumir que la homosexualidad es la causa del VIH/SIDA o son los que están transmitiendo, no se tiene muy claro cuándo debe ser obligatoria para los hombres que tienen sexo con otros hombres una prueba rápida o de rutina.

Que las personas que realizan trabajo sexual deberían realizarse la prueba de manera obligatoria y que el trabajo sexual debe ser prohibida o restringida como forma de prevenir la infección por el VIH.

En el hospital no existe prácticamente un sistema de clasificación a los pacientes de acuerdo con su aspecto físico, "prácticas de riesgo" o pertenencia a "grupos de riesgo". Ello determina la realización de la prueba de detección: "Les piden la prueba que en muchos casos son debido a una rutina o sospecha sin una valoración clínica estandarizada. La prueba de detección de VIH se lleva a cabo, en ocasiones, sin el consentimiento del paciente sólo por considerarlo dentro de algún grupo de "sospecha".

La prueba se convierte en un criterio para decidir si se le suministra atención o no a una persona, aun en situaciones de emergencia. Deja de ser un instrumento de diagnóstico y se convierte en un elemento discriminatorio para el acceso a la atención. "Si le vieron con un tatuaje, alcoholizado o es homosexual y necesita alguna cirugía de emergencia, entonces a fuerza quieren tener el resultado para decidir si lo operan o no".

Los problemas que están facilitando el aumento de estos indicadores son esencialmente que la población no ha logrado internalizar para ellos mismos el problema, no reconocen que conductas preventivas son la clave para evitar la transmisión del virus, hay una evidente posición discriminatoria hacia las personas portadores del VIH, que los sistemas de información y comunicación



están a un punto de formalización que no inciden en la conducta cotidiana de la población en general y de los adolescentes en particular.

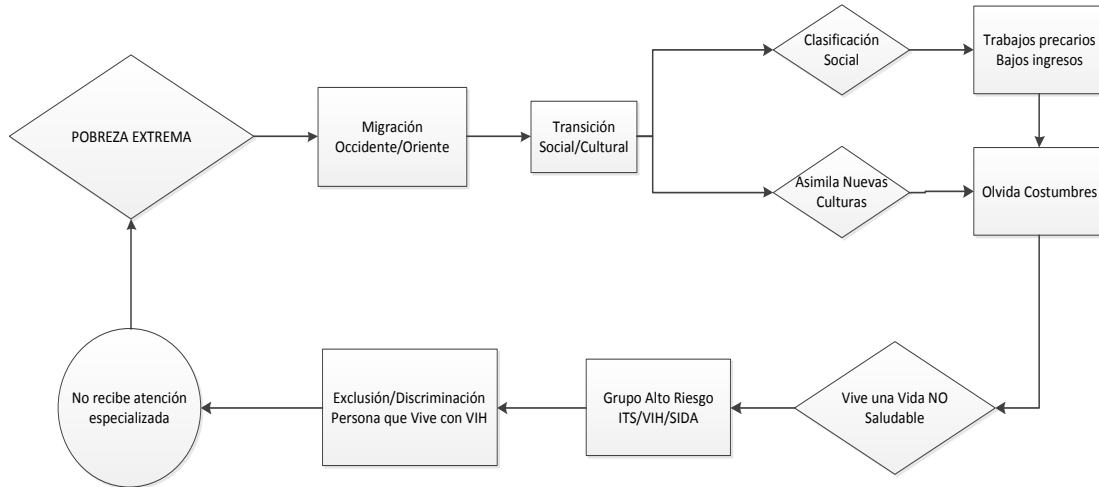
La persistencia histórica de grandes brechas para acceder a un desarrollo saludable de comunidades especialmente rurales, obliga a la población buscar opciones para vivir bien; pese a los esfuerzos realizados por el Estado Plurinacional Boliviano todavía persisten grandes bolsones de pobreza, estilos de vida precarios, una franca transición social y cultural que no siempre beneficia a la población originaria.

Sumado a estas condiciones esta un perfil epidemiológico de transición avanzada, esto significa que estamos conviviendo con enfermedades No transmisibles y enfermedades transmisibles, este cuadro ha roto muchos mitos, entre ellos que hay enfermedades de “ricos” y enfermedades de “pobres”, ahora somos los pobres que tenemos ambos grupos de problemas de salud, sin haber resuelto los determinantes que la producen, como son; los estilos de vida no saludables, sedentarismo, tabaquismo, uso abusivo del alcohol, hacer de la violencia un acto “natural” o un mecanismo de defensa, múltiples formas de discriminación, descuido y deterioro del medio ambiente, insuficiente y deficiente educación sanitaria, olvido o negación sistemático de los derechos humanos.

A estos problemas buscamos respuesta en la atención “medica” centrada en un enfoque curativo, ver la enfermedad y buscar el remedio que siendo necesario es absolutamente insuficiente, entonces; nuestra mirada al desarrollo debe concentrar en un enfoque de las determinantes y los factores de riesgo que producen formas y maneras del dolor humano.

La transformación socio cultural de migrantes, es un punto de análisis que trato de describir en la gráfica siguiente, que refleja la realidad del proceso de migración impulsada del occidente a oriente.

## Proceso de Transformación Socio Cultural de Migrantes



Fuente: Elaboración propia

Está demostrado que hay una relación directa entre el nivel de escolaridad, quintil de pobreza, acceso y disponibilidad de servicios con las condiciones de salud de la población medido por indicadores de enfermedad y estilos de vida prevenibles. Esta circunstancia sugiere intervenir con más intensidad en los determinantes de la salud, estilos de vida saludables, y medidas de prevención. Es importante para lograr este propósito es importante romper paradigmas en su actuar histórico de las poblaciones, nos referimos “creencias” no saludables expresadas con afirmaciones y parafraseadas para su comprensión<sup>5</sup>.

- *La salud es una cuestión asistencial medica*
- *Hay que construir un hospital para que la gente no se enferme*
- *Las capacitaciones por si solas son respuestas positivas*
- *La capacitación es resolver los problemas*
- *La salud es una cuestión espontanea.*
- *Ser mas “gordito/a” es expresión de salud*
- *alimentarse bien está relacionado con la cantidad y no con la calidad*

---

<sup>5</sup> Son conclusiones basadas en las entrevistas que realizamos en el trabajo de campo a mujeres y hombres que viven en San Julián.

- *Si un medicamento funciona para “otra persona“ funciona para mí – automedicación-*
- *Nosotros no somos responsables de la situación*

Otro sector de riesgo que se cuenta en la localidad de San Julián, es la existencia de tres lenocinios autorizados legalmente (La Sirenita, El Cafetal y La Miel) desconociendo el funcionamiento de otros centros clandestinos, el de mayor relevancia es la existencia de la etnia ayorea que subsisten prostituyéndose en la calle, quienes no acuden a ningún control sanitario.

Las trabajadoras sexuales de los lenocinios autorizados, son conscientes de la importancia de realizarse el control sanitario periódico, acuden al Hospital Municipal una vez por semana, a quienes se la realiza la prueba rápida de VIH.

Del total de las trabajadoras sexuales que acudieron al hospital, ninguno dio positivo de VIH, un porcentaje menor de las trabajadoras presentan infecciones de transmisión sexual (flujo vaginal, condilomatosis). Según la entrevista médica, una de las trabajadoras sexuales menciona que accedió a tener relaciones sexuales sin el uso de preservativo porque el cliente le ofreció mayor remuneración para satisfacer sus necesidades aun teniendo conocimiento que las personas solventes son personas de alto riesgo y/o portadores de alguna enfermedad de Transmisión Sexual.

Por otra parte, un reducido número de trabajadoras sexuales, acuden a control rutinario como casos nuevos, las cuales argumentan haber olvidado el examen laboratorial, a quienes se solicita un nuevo examen de laboratorio, quienes a su vez ya no regresan a los controles rutinarios.

#### **4. Diseño y selección de técnicas e instrumentos**

El diseño corresponde a un “estudio de caso”, esta metodología se recomienda cuando la frecuencia del problema es baja y además, para el contexto es raro,

el caso que nos ocupa es una familia cuya esposa termino falleciendo y el esposo vive y es portador de VIH/SIDA, además contrajo matrimonio con una nueva pareja.

Se realizo un análisis de la historia clínica de la fallecida, para identificar el itinerario de su infección. Ver Anexo 21.13.

## **5. Relación del proyecto de intervención con lineamientos de la política pública**

El Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud permitirá el acceso a los servicios de salud del 100% de la población boliviana, bajo el seguro universal de salud mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación de un modelo de salud familiar, plurinacional y comunitaria. La estrategia de esta política es la Universalización del acceso al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, orientada a superar toda forma de exclusión en salud, que se traduce en altos índices de enfermedad y muerte, pero también en personas con hábitos no saludables.

Para la implementación del programa Modelo de Salud Familiar y Comunitaria Intercultural se fortalecerá las redes de salud (infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos y capacitación del personal de las redes de servicios de salud, redes sociales e intersectoriales) en todo el ámbito nacional (nueve prefecturas y 327 municipios) para aumentar la capacidad resolutive de enfermedades y discapacidades. Este proyecto tiene con un costo de 150 millones de dólares en un periodo de cinco años. El proyecto gestión de la calidad, con carácter plurinacional, con enfoque de género y generacional, creará reciprocidad del sistema con la comunidad y el respeto a los derechos de los indígenas, reconociendo, efectivamente, la medicina tradicional en las redes de salud en todo el país y tendrá un costo de nueve millones de dólares.

El proyecto de extensión de coberturas, desde unidades fijas y unidades móviles de salud, llegará a las poblaciones más dispersas y desprotegidas de todo el país, su periodo de ejecución es del 2006 al 2010 se espera que la población boliviana tenga acceso a un sistema único plurinacional y comunitario, con un costo de 109 millones de dólares. Para implementar esta política se plantea la estrategia de recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria, orientada a fortalecer la rectoría estatal del Sistema Único de Salud, Intercultural y Comunitario y de la intersectorialidad para la salud.

Implementación del «Seguro Universal de Salud», proyecto que realizará una ampliación de las prestaciones en los seguros, incorporando de forma progresiva a grupos de beneficiarios en los seguros públicos de salud, realizando una complementación plurinacional en los servicios de salud a nivel nacional, con un tiempo de duración de tres años, con un costo de 138 millones de dólares.

## **6. Justificación del proyecto**

San Julián es producto, principalmente de asentamientos humanos de pequeños productores oriundos de las tierras altas de Bolivia, establecidos de forma espontánea en un 58% y semidirigida en un 42% ya que el Estado promovió la colonización con la dotación de tierras productivas y la subención alimentaria en sus inicios.

A ésta región han migrado de diferentes departamentos del país: como ser Cochabamba, Chuquisaca, La Paz, Potosí y el resto del país; con la finalidad de mejorar sus condiciones de vida, entre ellas podemos mencionar a los, quechuas, aymaras en su mayoría provenientes del área rural.

La pandemia del VIH/SIDA es un tema de gran alcance y fuertes contrastes, su cobertura requiere conocimiento y sensibilidad con respecto a ciertos

asuntos personales, tales como la sexualidad, la adicción y la vulnerabilidad social.

El éxito a largo plazo en la respuesta a la epidemia exige Programa ITS/VIH/SIDA realizar progresos sostenidos para reducir las violaciones de los derechos humanos asociadas a ella, incluidos la desigualdad de género, el estigma y la discriminación.

Pese al apoyo financiero de diferentes fuentes hacia el cumplimiento de los Objetivos del Milenio (ODM) todavía no se pueden apreciar en lo que respecta a la reducción de la prevalencia.

Sin embargo, los progresos en los avances del control del VIH siguen siendo desiguales, especialmente vinculados a reconocer las culturas que conviven en nuestro país, y un insuficiente abordaje desde la perspectiva intercultural.

El futuro de la epidemia todavía es incierto en el departamento y en el lugar de estudio, lo que subraya la necesidad de una acción intensificada reconociendo la presencia de formas y maneras de afrontar los problemas sanitarios en general para avanzar hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.

El porcentaje de personas que vive con VIH a nivel mundial se ha estabilizado pero a niveles inaceptablemente altos desde el 2000. Sin embargo, en el país y en el departamento el número de personas que vive con VIH ha aumentado como consecuencia del número continuado de nuevas infecciones contraídas cada año, es más el comportamiento ascendente refleja que ésta epidemia en el departamento no encuentra su acmé o meseta y está lejos de lograrlo. La clave para revertir el curso de la epidemia es prevenir nuevas infecciones, aunque el acceso al tratamiento se ha ampliado pero los esfuerzos para asegurar actividades sólidas están todavía rezagados.

Como ha sucedido en la prevención del VIH, los conocimientos preventivos (uso del condón, consecuencias de las ITS, entre muchos otros) que se esperaba adquirieran las y los adolescentes, no han sido suficientes recursos para la reducción, o siquiera el mantenimiento de los indicadores de la transmisión del VIH, en esta población. Similar camino han tenido las iniciativas de prevención de todas las formas de violencia, embarazos no deseados, por lo que haría falta la construcción de puentes entre el conocimiento asumido como saber personal y la relación con la acción preventiva, es buscar la integración entre aquello sabido y los hechos y de fortalecer el aprendizaje de los valores. Sin embargo, ante esta realidad que plantea muchos desafíos, es menester fortalecer la propuesta de que “se puede hacer algo” y que “no todo está perdido”. La posibilidad de revertir estos procesos está al alcance de las y los adolescentes, es decir, en sus capacidades.

A nivel gubernamental, el Ministerio de Educación, ha incorporado como temas transversales en la curricula escolar, varias temáticas que tienen que ver con el desarrollo humano y social, entre ellas, la prevención de la violencia en todas sus formas, los conocimientos básicos en prevención de enfermedades apoyados en programas por el Ministerio de Salud y Deportes, donde se aplica a través de la transversalización de este eje temático en la curricula oficial. En otras palabras se inserta en el desarrollo de los temas de aula, los referidos a la violencia basada en genero (abuso del poder, silencio, ciclo de la violencia, etc.), prevención de enfermedades como el ITS/VIH/SIDA. En este sentido, la propuesta del proyecto contribuirá a fortalecer la estrategia educativa que el Gobierno Boliviano está implementando en todo el país.

El manejo del VIH/SIDA en el contexto del hospital municipal no está consolidado, por lo que es necesario generar un proceso de capacitación con base a la experiencia propia que es de fundamental importancia, especialmente cuando el contexto del estudio es una población migrante.

Donde la promiscuidad sexual está presente, y los medios de educación y promoción de la salud no están consolidados por esto es importante este proyecto.

Si no controlamos la pandemia podrá ser más peligrosa y sin poder controlarla, por la tecnología, los costos y la idiosincrasia de la población.

### **6.1 Beneficiarios directos**

200 estudiantes de 6to. de Secundaria (4to. Medio – Sistema Educativo anterior) de los colegios Enrique de Osso (100 estudiantes), Guillermo Jordán (50 estudiantes) y Crnl. Ciro Mealla (50 estudiantes).

### **6.2 Beneficiarios indirectos**

Con la implementación del proyecto se beneficiarán:

- Profesores de los colegios objeto de estudio.
- Padres de familia de los estudiantes con alcance al proyecto.
- Médicos y enfermeras de la Red de Salud Ñuflo de Chávez.
- Portadores(as) de VIH/SIDA identificados y no indentificados.
- Barrios Centro Zonal, Los Cafeces, 26 de Octubre, 6 de Agosto, Lindo, Plan 2000, Progreso, Cruce Casarabe y otros.

### **6.3 Oponentes**

Se puede visualizar la oposición de la realización de este proyecto a la Iglesia Católica porque profesa como un tabú hablar de la promiscuidad sexual. Los enfermos con VIH/SIDA por temor a ser discriminados, y la negativa de reconocer que vive con el virus. Finalmente, vemos a los propietarios de lenocinios, con particularidad de los que funcionan clandestinamente por miedo a represalias y atentar contra sus beneficios económicos.



#### **6.4 Afectados**

La no intervención inmediata sobre esta pandemia VIH/SIDA afectaría a la población en general por la propagación incontrolable de la pandemia. Y los enfermos con VIH/SIDA podrían resultar afectados por el uso de información clasificada para justificar el proyecto.

#### **6.5 Aliados**

Son aliados al cumplimiento de nuestro objetivo general, los Colegios Enrique de Osso, Guillermo Jordán y Crnl. Ciro Mealla, el Gobierno Autónomo Municipal de San Julián, el SEDES Santa Cruz, Hospital Municipal de San Julián, las Organizaciones Sociales, y las Organizaciones de Desarrollo Local (conocidas por ONGs).

### **7. Análisis de actores**

La intervención del proyecto cuenta como actores principales a los estudiantes de colegios, profesores, padres de familias, personal de salud, portadores del VIH.

Las personas tradicionalmente hemos sido impuestos a la ideología a la convivencia religiosa. En esta población vemos la intervención de la Iglesia Católica y la Cristiana, quienes solamente persiguen reunir la mayor cantidad de fieles para promover los valores y principios en base a los mandatos divinos, dejando de lado la problemática en todo su contexto.

El sistema educativo, viene dedicándose exclusivamente a la enseñanza conforme establece programas nacionales y no se involucran en el caso de este estudio.

La red de salud municipal viene trabajando con programas como el SUMI, SSPAM y la atención general, su intervención económica carente deja de lado realizar una intervención directa a este problema.

## **8. Contexto o lugar de intervención**

San Julián pertenece a la región de los llanos de nuestro país, se encuentra la población demográficamente más representativa de toda la provincia, los adolescentes comprendidos entre los 15 a 19 años son 3.516 habitantes, según (INE 2001). Ver Anexo 21.14.

El origen de San Julián se remonta al proceso de colonización de las tres últimas décadas del siglo XX. Este proceso formó parte de la estrategia de desarrollo agrícola del Plan Bohan, sin duda este emprendimiento iba a ser considerado como un proyecto modelo para América Latina.

Este proceso de asentamiento se fue consolidando a lo largo de cinco etapas. La primera antes de 1968 que comprende asentamientos espontáneos no articulados entre sí y concentrados básicamente en lo que hoy es la Colonia Berlín. La segunda y la tercera etapa (1968-1971, 1972-1978) abarcan asentamientos semidirigidos apoyados por el Instituto Nacional de Colonización (INC) y el Comité de Iglesias Unidas (CIU) mediante el sistema de Núcleos y Nadepas<sup>6</sup>, estos asentamientos se concentraron y formaron las actuales Centrales de la Brecha Casarabe y parte de San Julián Centro. La Cuarta etapa (1979-1982) comienza cuando el financiamiento del convenio INC-CIU llega a su fin, y se caracteriza por: el reordenamiento del sistema nominal de las comunidades, los núcleos pasan a ser sindicatos, la disminución sostenible de los asentamientos semidirigidos y el crecimiento de la población de algunos centros por sus actividades comerciales y de servicios. La quinta etapa (1983-1990) está marcada por el masivo asentamiento espontáneo principalmente en Cuatro Cañadas y que actualmente es otro municipio.

La Sección Municipal de San Julián fue creada el año 1989 mediante Ley 1091 del 21 de febrero en la Cuarta Sección Municipal de la provincia Ñuflo de Chávez del departamento de Santa Cruz.

---

<sup>6</sup> Las Nadepas es la asociación de Núcleos, actualmente conocidos como Centrales Sindicales.

En la década del año 1990, se inicia un proceso de planificación participativa con la elaboración del diagnóstico socioeconómico de la entonces colonia de San Julián y Berlín. Las principales características de este proceso fueron: La organización de un comité técnico de planificación compuesto por funcionarios de CORDECRUZ, CIPCA y SACOA; la organización y funcionamiento de un comité de diagnóstico de la colonia compuesto por organizaciones representativas de la zona y autoridades; la capacitación de facilitadores para el levantamiento de datos y la realización de talleres por zonas para complementar el diagnóstico.

En el año 1994 CORDECRUZ, CIPCA y las organizaciones matrices de San Julián y autoridades inician el trabajo de formulación de una estrategia de desarrollo Microregional, el Plan de Desarrollo Microregional PDMR, este proceso coincide con la puesta en marcha de la Ley de Participación Popular y con esto el PDMR se transforma en el Plan de Desarrollo Municipal de San Julián. En 1995 es uno de los primeros municipios del país que cuenta con su PDM. En 1997 se realiza el primer ajuste del Plan de Desarrollo Municipal de San Julián, aplicando el manual de Planificación Participativa y las normas del Sistema de Planificación Nacional.

Actualmente la zona primordialmente caracterizada por la actividad agropecuaria de expansión contribuye a la economía nacional con el 14.2% del Producto Interno Bruto (PIB), pero aun sigue postergado en algunos servicios básicos para el ser humano, como es la dotación de agua potable, salud, educación, electrificación rural, acceso de caminos ripiados y otros aunque en menor porcentaje.

Por otro lado, una parte de la población, carece de baja productividad agropecuaria y la falta de servicios públicos e infraestructura que ha

determinado una pobreza rural y se traduce en inseguridad alimentaria de sus familias.

La utilización de los recursos naturales (agua, suelos, bosque y otros) está sujeta a severas dificultades climáticas y socioeconómicas que han determinado un gradual deterioro.

La hipótesis que se maneja de los casos positivos del VIH/SIDA puede traducirse a la constante migración campo-ciudad del jefe de familia quien eventualmente trabaja para la subsistencia de la familia y éste retorna a su origen. Permitiendo este lapso de tiempo una serie de necesidades fisiológicas del hombre y la mujer, dejando de lado los valores humanos.

Otra hipótesis que se sustenta es el abandono constante al núcleo familiar, dejando una responsabilidad grande que es la manutención a los hijos; y la carencia económica de alguna manera hace que la mujer busque un sustento económico con otra pareja.

Finalmente, el considerable crecimiento vegetativo en esta población y el abandono de los progenitores hacen que los hijos crezcan desprotegidos y con poca formación de valores humanos, aspecto preponderante para poder migrar a la ciudad en busca de mejores condiciones económicas, ya que en algunas oportunidades llegan a trabajos deshonestos.

La magnitud del problema y la rápida propagación del VIH/SIDA, la no existencia de cura para la enfermedad, confirman la importancia de monitorear el conocimiento de la población sobre el problema, la percepción de los riesgos y formas de transmisión y prevención.

## **8.1 Geográfica**

La localidad de San Julián capital de la sección municipal de la provincia Ñuflo de Chávez está ubicada al noreste del departamento de Santa Cruz, se encuentra a 140 Km., entre la carretera asfaltada Santa Cruz – Trinidad. Ver Anexo 21.15.

## **8.2 Política**

El Programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural<sup>7</sup>, establece como objetivo del Plan Nacional de Salud, eliminar la exclusión social en salud, a través de la implementación del Sistema Único Comunitario Intercultural de Salud, que asume el principio de la participación social en la toma de decisiones en todos sus niveles de gestión y atención de la salud de bolivianos como un Derecho Fundamental que el Estado garantiza.

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

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

En lo regional la Red de Salud, funciona mediante centros de salud, micro hospitales en los sectores de las colonias brindando asistencia básica y

---

<sup>7</sup> <http://www.sns.gob.bo/index.php?ID=Objetivo>

refiriendo los casos de mayor complejidad a Hospital Municipal de San Julián.

Conforme las políticas de la administración de la salud pública, eventualmente funcionarios del hospital realizan visitas domiciliarias en ésta población, realizando atención primaria de salud al binomio madre-niño contemplando según el programa el SUMI.

### **8.3 Institucional**

El Programa Nacional de ITS-VIH/SIDA forma parte de la estructura técnica y administrativa del Ministerio de Salud y Deportes. La mayor parte del personal está financiado por recursos del Tesoro General de la Nación (TGN), PROSIN II y el Fondo Global. Asimismo, el MSD provee la infraestructura física para el funcionamiento de la mayoría de los programas departamentales de ITS y VIH/SIDA. El PNVIS tiene una oficina nacional, responsable de la planificación, programación, evaluación y supervisión de las actividades.

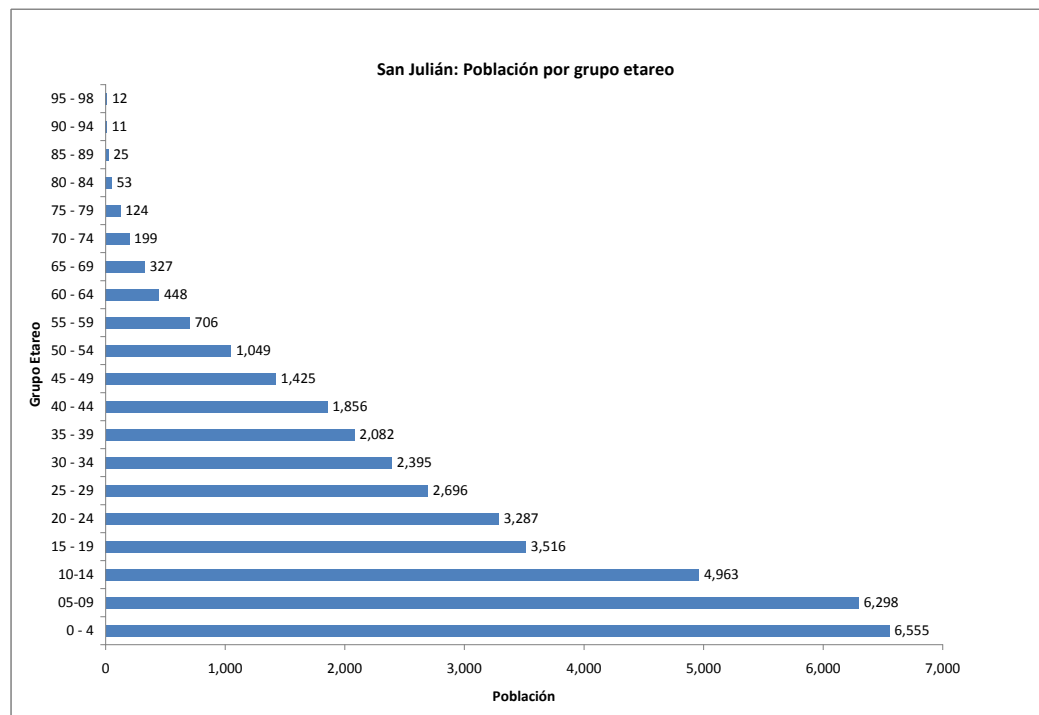
Procesa las propuestas para la definición de las políticas de salud, realiza una coordinación interinstitucional y canaliza recursos, como principales funciones. En el ámbito departamental, el Programa Nacional ITS-VIH/SIDA (PNVIS) cuenta con los programas departamentales de ITS y VIH/SIDA, situados en los servicios departamentales de salud (SEDES) de las prefecturas.

De acuerdo a los objetivos del milenio de Santa Cruz. Las acciones para detener y reducir las enfermedades definidas en este objetivo no sólo son responsabilidad del sector de salud, sino también de otros actores, ya que la prevalencia de enfermedades afecta los niveles de vida e impide lograr avances en la reducción de la pobreza, constituyéndose en una restricción para el rendimiento escolar y la productividad.

La Cumbre Mundial del Milenio propuso la “detención e inicio de la reducción de la propagación de VIH/sida, malaria, Chagas y tuberculosis”, como la meta a ser alcanzada en el año 2015<sup>8</sup>.

#### 8.4 Poblacional

De acuerdo a datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (CNPyV 2001<sup>9</sup>), la jurisdicción de San Julián tiene una población de 38.027 habitantes.



#### 8.5 Cultural

La población de San Julián tiene una diversidad de orígenes étnicos, pero existe una predominancia étnica de los quechuas procedentes de Potosí y Chuquisaca. El quechua es considerado el idioma materno más

<sup>8</sup> Objetivos de Desarrollo del Milenio: Santa Cruz

<sup>9</sup> <http://www.ine.gob.bo/cgi-bin/Redatam/RG4WebEngine.exe/>

importante, pero el idioma principal es el castellano pues la mayoría de los habitantes habla este idioma, principalmente las nuevas generaciones.

Existen denominativos que intentan definir algún rasgo común de esta diversidad. Entre algunas expresiones más comunes de los mismos pobladores son: quechuas (collas), aymaras (paceño), cambas, chapacos, guarayos, chiquitanos

## **9. Objetivos**

### **9.1 Objetivo general**

Contribuir a reducir el impacto de las Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA mediante un proceso de sensibilización al personal de salud y la población adolescente respetando sus tradiciones y costumbres del pueblo de San Julián.

### **9.2 Objetivo específico**

Promover actitud preventiva en la población de San Julián reconociendo la interculturalidad.

Promocionar al personal de salud en la prevención y atención a las personas que viven con ITS/VIH/SIDA respetando la interculturalidad.

## **10. Resultados esperados**

R1: Constituido el Comité Interinstitucional, en el cual todas las instituciones están aplicando el CBP (Código de las Buenas Prácticas)

R2: Las personas que viven con el VIH/SIDA, participan activamente en la planificación de actividades conjuntas contra la no discriminación, el estigma y el respeto a la diversidad.

R.3 Personal de salud promociona acciones en los establecimientos de salud con énfasis en “0” discriminación.



R.4 Personal de salud hace de la atención médica oportunidad de detección de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

R.5 Capacitado el Personal de Salud del sector Público para promover hábitos saludables en la población y una atención medica con el enfoque de interculturalidad.

R.6 Capacitado los Padres de Familia con enfoque de valores y principios para transmitir a sus hijos y familiares.

## **11. Actividades**

### **Para R1.**

**A1.1** Elaborar material de difusión del Código de las Buenas Prácticas.

**A1.2** Conformar el Comité Interinstitucional del CBP.

**A1.3.** Socializar el proyecto con el Comité Interinstitucional, Gobierno Municipal, Organizaciones No Gubernamentales y el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

**A1.4** Realizar un taller de socialización del proyecto con representantes de las instituciones integrantes del Comité

**A1.5** Promoción de las acciones del Comité Interinstitucional del CBP con ONGs que trabajan en la prevención de VIH/SIDA

**A1.6** Se organiza a la Trabajadoras Sexuales para capacitarlos y constituirse en un medio de educación para su cliente, difundiendo cartillas de prevención, tratamiento medicinal y apoyo psicológico.

### **Para R2.**

**A2.1** Socializar el proyecto con medios de comunicación local.

**A2.2** Incorporar a los medios de comunicación al Comité Interinstitucional del Código de las Buenas Prácticas.

**A2.3** Realizar programas y formulación de proyectos en forma conjunta con el Comité Interinstitucional en prevención del VIH/SIDA y de lucha contra el estigma y la discriminación.

**A2.4** Informar el avance y el sobre seguimiento a instituciones del cumplimiento de objetivos.

**A2.5** Los medios de comunicación difunden spots radiales y televisivos contra la no discriminación de la enfermedad VIH/SIDA.

**A2.6** Realizar una entrevista especial con un portador del VIH de San Julián, para la que la población meta, admita que la pandemia es de alto riesgo en el grupo etareo, sensibilizando el modo de transmisión, la gravedad, los costos sociales, la vida en un antes y después, y la vida presente de llevar rigurosamente tratamientos medicinales para controlar la enfermedad.

### **Para R3**

**A3.1** Realizar talleres a todo el personal de Salud con énfasis a la atención de calidad a los pacientes.

**A3.2** Capacitar al personal de salud, para el correcto llenado de formulario de verificación de historias clínicas.

**A3.3** Capacitar al personal de salud, sobre el manejo de políticas Interculturales promocionados por el Ministerio de Salud.

### **Para R4**

**A4.1** Realizar campañas gratuitas de detención rápida del VIH/SIDA dirigida a la población de San Julián.

**A4.2** Realizar una encuesta de saberes y prácticas sexuales en los estudiantes del último año de secundaria.

**A4.3** Realizar talleres de información y concientización a los estudiantes de colegios de estudio del último año sobre la importancia de la realización de la prueba rápida de VIH por tratarse de una población vulnerable.

**A4.4** Realizar seguimiento a los casos positivos de VIH, para su correspondiente estudio retrospectivo de su vida sexual.

**A4.5** Realizar un taller dirigido a propietarios y personal dedicados al expendio de bebidas alcohólicas que actualmente no cuenta con permiso sanitario para el funcionamiento.

**Para R5**

**A5.1** El personal médico respeta los derechos y deberes del paciente precautelando la aplicación estipulada en la normativa SAFCI.

**A5.2** Al primer año de aplicación del modelo SAFCI se observa el comportamiento diferenciado entre la atención intercultural y la atención tradicional.

**A5.3** La población vulnerable acude con mayor frecuencia a los centros de salud para realizarse controles rutinarios.

**Para R6**

**A6.1** Reunión con padres de familia de los estudiantes del último año de secundaria, en la que se concientiza sobre la importancia de la prevención de enfermedades de transmisión sexual ITS/VIH/SIDA encontrándose sus hijos en una etapa de transición de la niñez a la juventud, la cual se considera una población vulnerable.

**A6.2** Padres de familia realizan encuentro de diversión saludable entre padres e hijos, obteniendo resultados de mayor comunicación y comprensión sobre los objetivos de estudio.

**A6.3** Padres de familia exigen mayor atención a las autoridades vecinales, municipales para la priorización de centros o espacios deportivos o de recreación.

**A6.4** Padres de familia fomentan a sus hijos a participar de actividades culturales (teatros, periódico mural) priorizando valores y costumbres propias de la región.

**12. Indicadores por la estructura de objetivos**

Ejecutados el 100% de los 9 talleres para sensibilizar, capacitar y formar agentes del núcleo familiar con principios y valores referentes a la vida sexual en adolescentes.

Incorporados el 100% de una materia en la malla curricular, nuevas metodologías de enseñanza en valores y principios respecto a la salud sexual y reproductiva.

Capacitados e informados el 90% de 200 jóvenes adolescentes de la propagación del VIH/SIDA en la población de San Julián, ejercen su vida sexual saludablemente.

Organizados el 100% de 3 actividades de recreación - deportivos entre padres e hijos en los barrios de San Julián.

### **13. Fuentes de verificación**

Como instrumento de verificación, contamos con la firma de convenios, lista de asistencia a talleres de sensibilización, historias clínicas, entrevistas, spots, cartillas, encuestas.

### **14. Supuestos**

Los trabajadores de salud manejan las normas establecidas, por el Ministerio de Salud y Deportes inducido al modelo SAFCI.

La población vulnerable de San Julián está fortalecida en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual con énfasis de VIH/SIDA.

Los profesores aplican enseñanza de principios y valores acorde a la curricula del Ministerio de Educación.

### **15. Análisis de viabilidad**

Las acciones que desarrolle el proyecto, presentan viabilidad ya que responden a una problemática que es de necesidad prioritaria para el Estado y toda la Sociedad, desarrollando diferentes estrategias para poder controlar las ITS/VIH/SIDA y las complicaciones que comportan.

En este sentido las actividades que ejerza el proyecto, son acciones que permitirán contribuir que el Programa Nacional de Control y Prevención de las ITS/VIH/SIDA, que desarrolla el Ministerio de Salud y Deportes, logre sus objetivos propuestos.

Si bien es cierto que hay un programa implementado y marcha, el Ministerio de Salud no aplica mecanismos viables que permita llegar de forma más adecuada a los grupos en situación de riesgo. Delante de estas limitaciones, el proyecto diseña un programa de acciones de capacitación, sensibilización y promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y prevención de las ITS/VIH/SIDA, las mismas que se adecuan a las características del ámbito de intervención y a la problemática a afrontar.

La propuesta de intervención del proyecto, incidirá a brindar: Información y orientación sobre la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, prevención de las ITS/VIH/SIDA, promoviendo la participación y organización activa de colegios, profesores y profesoras y estudiantes del último curso de secundaria de San Julian, a través de la creación de los Comités Juveniles de Salud, la capacitación de los profesores e implementación de la planificación curricular de temas de promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y prevención de las ITS/VIH/SIDA, a los tres colegios de alcance del proyecto.

Las actividades propuestas presentan viabilidad técnica y social, ya que responden a una problemática priorizada por políticas nacionales, y alrededor de esta problemática se requiere el concurso de todos los actores sociales para coadyuvar a su control total, por lo cual el Hospital Municipal Boliviano Cubano, en coordinación con la Secretaría Departamental de Salud, Secretaría Departamental de Educación, y las autoridades de los colegios Enrique de Osso, Guillermo Jordán y Crnl. Ciro Mealla se proponen desarrollar esta propuesta.

## **16. Análisis de factibilidad**

La metodología que se utilizará para la ejecución del proyecto será activa, tendiendo a estimular la participación de los colegios y personas involucradas, desarrollando un trabajo programado y coordinado y de esta manera poder lograr la participación masiva de los beneficiarios y beneficiarias en las acciones de sensibilización promoción de la Salud Sexual y Reproductiva. Por otro lado, por las características de las personas beneficiarias la metodología que se empleará se adecua a las características sociales y culturales de la población adolescente de San Julián. Las acciones a desarrollar estarán orientadas a crear Comités Juveniles de Salud en cada colegio beneficiario, fortaleciendo al liderazgo juvenil, incentivando y facilitando la participación de los y las adolescentes en la gestión de salud de su comunidad formando parte del control social de la misma y fortalecer a la capacidad de empatía de los profesores con respecto a la problemática de los adolescentes mediante actividades de sensibilización, motivación, información, educación y capacitación.

### **16.1 Factibilidad Social**

La promoción y difusión de información relativa a la prevención de ITS/VIH/SIDA, al impulsar la participación de los estudiantes en instancias de decisión y de gestión del proyecto, promueve el respeto a la interculturalidad de la región y busca acabar con la discriminación de que son objeto los jóvenes estudiantes, en la prestación de los servicios de salud y en materia de Educación Sexual.

### **16.2 Factibilidad Cultural/Intercultural**

Las acciones del proyecto van a significar de algún modo, un cambio de actitud al permitir que los jóvenes generen discusiones y cuestionamientos, además puedan trascender estas hasta las familias, compartiendo y discutiendo con ellas de forma directa, las ITS y el SIDA. Este cambio, al mismo tiempo permitirá la reflexión recomposición y

comparación con costumbres originarias, recuperando los valores y el fortalecimiento de la identidad cultural.

### **16.3 Factibilidad Económica (presupuesto público)**

La sensibilización, ejecución, seguimiento y evaluación del proyecto tiene un costo global de Bs. 327,728.- son TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO 00/100 BOLIVIANOS, de la cual el 89% es solicitado al organismos financiador, asumiendo el 11% como contraparte local. Ver Anexo 21.4.

### **16.4 Factibilidad de Género**

El proyecto incluye a hombres y mujeres en las misma condiciones, privilegiaremos a las mujeres por la condición de ser las más vulnerables al tema.

La utilización de una metodología participativa durante la formulación del proyecto facilitará la participación de las mujeres y Hombres, así como la inclusión de sus opiniones, expectativas e intereses.

A partir de las actividades formativas del proyecto se pretende lograr, principalmente, una mayor participación política y liderazgo de la mujer adolescente, un mayor papel en el ámbito de decisión en su salud sexual y reproductiva, aumentar su capacidad de negociación con su par para tener sexo seguro y un marcado rechazo de la violencia de genero.

El proyecto pretende un apoderamiento de las mujeres y personas desfavorecidas. Las intervenciones se basan en los roles, responsabilidades y poder de las mujeres y los hombres en la Sociedad a la que pertenecen y las necesidades resultantes para cambiar su situación.

### **17. Análisis de sostenibilidad del proyecto**

El proyecto es sostenible financieramente por la firma de convenios con financiadores internos y externos; socialmente será sostenible por la creación y fortalecimiento del Comité Interinstitucional.

### **18. Impacto esperado del proyecto**

Se prevee alcanzar todos los objetivos verificables, por la disminución de casos de contagio de VIH, el conocimiento de la importancia de la prevención de las enfermedades de transmisión VIH, por parte de los estudiantes de secundaria.

Las instituciones que conforman el Comité Interinstitucional, destinan parte de sus recursos a los programas de información, tratamiento sobre el VIH/SIDA.

### **19. Fuente de financiamiento para el presupuesto**

Las fuentes de financiamiento para el cumplimiento de los objetivos de este proyecto proviene del aporte externo (clasificado a Gobiernos Autónomos Municipales, Departamentales, Ministerios) y el aporte local es considerado a las instituciones que conforman el Comité Interinstitucional.

### **20. Biografía**

#### ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

2008 Nueva Constitución Política del Estado. Gaceta Oficial de Bolivia. La Paz

#### GOBIERNO MUNICIPAL DE SAN JULIAN

2006 Plan de Desarrollo Municipal 2007-2011.s/e. Santa Cruz

#### INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

2005 Estadísticas e Indicadores Sociodemográficos, Productivos y Financieros por Municipio.s/e. Santa Cruz



PREFECTURA DE SANTA CRUZ

2007 Santa Cruz Situación Actual, Evaluación y Perspectivas.  
WEINBERG S.R.L. La Paz

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA

2008 Encuesta Nacional de Demografía y Salud. s/e. La Paz

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

2009 Guía de Procedimientos de la Gestión Participativa Municipal  
en salud. PRISA. La Paz

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

2008 D.S. 29601 Modelo de Salud Familiar Comunitario  
Intercultural. GACETA OFICIAL DE BOLIVIA. La Paz

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

2006 Boletín Informativo Epidemiológico Año 3 N° 2. La Paz

MINISTERIO DE SALUD Y PREVENCIÓN SOCIAL

2002 Normas de Bioseguridad para el Personal de Salud. Programa  
Nacional ITS/SIDA. Pag. 96. La Paz

<http://www.eldeber.com.bo/jovenes-concentran-el-70-de-los-casos-positivos-de-sida/130323200931>

<http://www.sns.gob.bo/index.php?ID=Objetivo>

<http://www.sns.gob.bo/index.php?ID=Estrucyactores>