

**Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Medicina-Enfermería-Nutrición y Tecnología Médica**

Unidad de Post-Grado

Especialidad Interculturalidad y Salud



PROYECTO DE INTERVENCION

**“IMPACTO DEL IDIOMA NATIVO EN LA ATENCION MEDICA A
LOS PACIENTES MIGRANTES QUECHUAS EN EL CENTRO DE
SALUD CHANE 2014”**

**CURSANTE: Dr. Nivardo Pedro Carpio Mendoza
TUTOR: Dr. Carlos Tamayo Caballero**

**SAN JULIAN - SANTA CRUZ - BOLIVIA
2013**

AGRADECIMIENTO

Agradezco a DIOS por haber hecho realidad todos mis sueños, sin su sabiduría y ayuda nada hubiera sido posible.

A la Cooperación Técnica Belga - CTB por el financiamiento y apoyo recibido muchas gracias

A mi tutor Dr. Carlos Tamayo C. Por su perseverancia, paciencia, y tiempo entregado sin medida.

A mi familia,

Quien me brindó su apoyo incondicional en todo momento, mil gracias.

INDICE

1.- Antecedentes.....	pag. 3
2.- Análisis del problema a intervenir.....	pag. 10
3.- Diseño y selección de técnica e instrumentos.....	pag.12
4.- Relación del proyecto con lineamientos de la política pública.....	pag. 12
5.-Justificación del proyecto.....	pag. 14
6.- Análisis de actores.....	pag. 22
- Beneficiarios Directos.....	pag. 22
- Beneficiarios Indirectos.....	pag. 22
- Oponentes.....	pag. 22
- Afectados.....	pag. 23
- Aliados.....	pag. 23
7.- Contexto o lugar de intervención	
- Geográfico.....	pag. 23
- Política.....	pag. 25
- Institucional.....	pag. 27
- Poblacional.....	pag. 33
- Cultural.....	pag. 36
8.- Objetivos	
- Objetivo General.....	pag. 41
- Objetivo Especifico.....	pag. 41
9.- Resultados esperados.....	pag. 41
10.- Actividades.....	pag. 41
11.- Indicadores por estructura de objetivos.....	pag. 42

12.- Fuentes de verificación.....	pag. 42
13.- Supuestos.....	pag. 43
14.- Análisis de viabilidad.....	pag. 43
15.- Análisis de factibilidad.....	pag. 43
- Factibilidad Social.....	pag. 43
- Factibilidad Cultural.....	pag. 43
- Factibilidad Económica.....	pag. 43
- Factibilidad de genero.....	pag. 44
16.- Análisis de sostenibilidad del proyecto.....	pag. 44
17.- Impacto esperado.....	pag. 44
18.- Anexos.....	pag. 44
19.- Bibliografía.....	pag. 52

IMPACTO DEL IDIOMA EN LA ATENCION MEDICA A LOS PACIENTES MIGRANTES QUECHUAS EN EL CENTRO DE SALUD CHANE

INTRODUCCIÓN.

El diagnóstico del estado de salud en Bolivia refleja la todavía dramática situación del sector, en particular de la población más vulnerable: mujeres y niños de familias pobres. De acuerdo a los datos la tasa nacional de mortalidad materna es todavía considerada una de las más altas de Latinoamérica y la tasa de mortalidad infantil en niveles muy por encima de los promedios de la región.

A partir de 1997 se inició en el país un proceso explícito de Reforma de Salud cuyo objetivo es construir un sistema de salud de acceso universal.

Como parte de este proceso, en diciembre de 1998 se aprobó el Decreto Supremo 25265 de creación del Seguro Básico de Salud (SBS).

El SBS se constituyó, en el eje central de la primera fase de la Reforma de Salud. Este seguro se creó con el objetivo de ampliar el paquete de prestaciones gratuitas del anterior Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) garantizando el acceso a un conjunto de prestaciones básicas de carácter preventivo y curativo orientadas fundamentalmente a la reducción de la mortalidad de la madre y la niñez.

Partiendo del reconocimiento de la contribución de la salud en el bienestar, la ampliación del sistema de seguros públicos de salud se definió como una de las principales líneas de acción de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP).

En este marco, el SBS fue desde sus inicios, uno de los programas de lucha contra la pobreza más ambiciosos, cuyo objetivo principal coincide con la prioridad en salud de la EBRP: disminuir las tasas de mortalidad materno-infantil, combatir las principales causas de morbilidad de la población y mejorar el acceso universal a la salud de la población respetando sus usos y costumbres.

La necesidad de identificar en qué medida los cambios en los niveles de bienestar son atribuibles a los planes de acción de la EBRP, ha generado un creciente interés por evaluar el impacto del uso del idioma nativo en la atención a los pacientes, y en particular al mejoramiento del estado de salud.

Hasta el momento, existe escasa evidencia empírica del impacto del uso del idioma nativo sobre la cobertura de los servicios de salud. Los estudios de evaluación del SBS se han centrado en análisis descriptivos de cambios en cobertura y en los problemas de diseño e implementación.

En general, los datos disponibles muestran un notable crecimiento de las coberturas de atención en los últimos años, por ejemplo en la atención de partos atendidos en establecimientos de salud, como lo indica el último Censo Nacional de población y vivienda.

El acceso a la atención médica es una de las metas intermedias de todo sistema de salud. El análisis de indicadores de acceso es, por tanto, un componente fundamental para evaluar los sistemas de salud, y la utilización del idioma nativo es algo determinante para mejorar el acceso a los servicios de salud.

1.- ANTECEDENTES.

Bolivia se funda en el **Pluralismo lingüístico**, en virtud del cual las leyes y el ordenamiento jurídico reconocen como oficiales los idiomas que existen en su territorio.

Por eso una nación goza del derecho al ejercicio de su idioma (CPE, 30 inciso 9).

El Gobierno central y los gobiernos departamentales deben utilizar al menos dos idiomas oficiales.

Uno de ellos debe ser el castellano, y el otro se decidirá tomando en cuenta el uso, la conveniencia, las circunstancias, las necesidades y preferencias de la población en su totalidad o del territorio en cuestión.

Los demás gobiernos autónomos deben utilizar los idiomas propios de su territorio, y uno de ellos debe ser el castellano (CPE, 5).

Bolivia cuenta con 36 etnias contempladas en su Constitución, que son el aimara, araona, baure, bésiro, canichana, cavineño, cayubaba, chácobo, chimán, ese ejja, guaraní, guarasu'we, guarayu, itonama, leco, machajuyai-kallawaya, machineri, maropa, mojeño-trinitario, mojeño-ignaciano, moré, mosetén, movima, pacawara, puquina, quechua, sirionó, tacana, tapiete, toromona, uru-chipaya, weenhayek, yaminawa, yuki, yuracaré y zamuco. Las lenguas que se hablan en cada una de ellas fueron, igualmente, incluidas en dicho texto.

Sin embargo, solamente 4 idiomas son utilizados por un número considerable de bolivianos:

El castellano: Es hablado por el 84% de la población. La Paz (Bolivia) es una ciudad adecuada para aprender este idioma, puesto que el acento es neutral, al igual que en México y Bogotá.

El quechua: Es hablado por el 28% de la población. Era el idioma general de los Incas. Actualmente, en Bolivia, lo hablan en Cochabamba, Tarija, Potosí y Chuquisaca.

El aimara: Es hablado por el 18% de la población. Es uno de los idiomas precolombinos más antiguos de Latinoamérica. En Bolivia, lo hablan en La Paz y Oruro.

El guaraní: Es hablado por el 1% de la población. Es el idioma nativo de los guaraníes (etnia del Chaco y la Amazonía). Es una de las lenguas oficiales del Paraguay. En Bolivia, la hablan en el departamento de Santa Cruz.

¿Qué es un idioma oficial?

Un **idioma oficial** es la lengua a la que el ordenamiento jurídico declara o reconoce como propia de un determinado territorio, lo que implica el derecho a usarla en general y, en particular, en las relaciones con los órganos públicos, así como el derecho a aprenderla, con los deberes correlativos para los citados órganos de conocerla y de enseñarla.

Cabe la posibilidad de que en un mismo territorio haya más de una lengua oficial (bilingüismo o plurilingüismo).

Idioma y dialecto

Era común llamar en el continente americano, a cualquier idioma nativo: **dialecto**, en un sentido de que no es una lengua completa, o sea su gramática y su vocabulario son incompletos.

Esto es un error un *dialecto* es una diversificación regional de una idioma, con giros y modismo propios, pero que no llegan a impedir la comprensión del habla

con el conjunto del idioma, que en numerosas ocasiones está formada por un conjunto de dialectos.

Se ha criticado diciendo que el quichua y el aimara son idiomas incompletos, por eso son dialectos. Que eran incompletas porque no tienen el artículo. Pero recordemos que el latín tampoco lo tenía. Y eso no le impidió ser el idioma universal.

Los idiomas quichua y aimara, con sus partículas modificativas de los verbos, tienen una riqueza muchísima mayor que la del castellano en su gramática y vocabulario (IBARRA G., D. Edgar, *Lenguas Indígenas de Bolivia*, La Paz, Bolivia: Juventud, 1982, página 17, 18).

El reconocimiento como idiomas oficiales supone que todos los actos emanados de las instituciones y órganos del Poder público de Bolivia deben traducirse a todas las lenguas oficiales, al menos a dos idiomas oficiales en cada departamento (Art. 5 numeral II).

Los indicadores sociales de Bolivia muestran la realidad de una pobreza aguda. El relieve boliviano dificulta las comunicaciones y la realización de infraestructuras en determinadas zonas de montaña es compleja.

La población en su mayoría es indígena-campesina y realiza actividades dirigidas al auto-abastecimiento no generando comercio o intercambio de productos incluso dentro del país. Por otro lado la introducción de políticas neoliberales ha dado lugar a una economía planificada para la exportación de materias primas y no para el crecimiento de la riqueza interna.

Hasta hace poco tiempo el Estado era ajeno a la realidad del país, a la variedad cultural y a la riqueza rural. Esto ha llevado a que el Estado no haya invertido suficientemente en el campo social o cultural.

Según el Plan Nacional de Desarrollo,

“los resultados del volátil y bajo crecimiento de la economía boliviana muestran una tendencia a la degradación de la calidad del empleo, expresada en altas tasas de desempleo y subutilización de la fuerza laboral y una elevada participación del empleo en actividades de supervivencia que se reflejan en bajos ingresos”.

“Estos factores se manifiestan a su vez en inestabilidad laboral y la inseguridad en la generación de ingresos familiares que constituyen el principal mecanismo de transmisión y perpetuación de la pobreza, contribuyendo a acentuar la desigualdad en la distribución del ingreso”.

Según el Plan Nacional de Desarrollo, la desigualdad social y económica en Bolivia tiene diversas dimensiones, pero se expresa principalmente en brechas económicas y sociales que tienen su máximo exponente en la población indígena. En lo referente a la pobreza y las tendencias a la desigualdad.

Bolivia presenta una de las mayores tasas de incidencia de pobreza en América Latina. Entre 2003 y 2004, el 63,1% de la población tenía ingresos familiares por debajo de la línea de pobreza y 39,9 % por debajo de la línea de indigencia.

En las áreas urbanas de Bolivia, la mitad de los habitantes son pobres y en las áreas rurales el 78%. Bolivia presenta no solo pobreza, sino una elevada desigualdad en la distribución del ingreso: el 10% más pobre en Bolivia recibe tan solo el 0,2 % del total de ingreso, mientras que el 10% más rico se queda con el 47,3%, es decir, 235 veces más, según señala el Plan Nacional de Desarrollo.

De todas estas desigualdades sociales, surge la necesidad de disminuir las grietas entre los más beneficiados que son los menos, y los menos beneficiados que son la mayoría de nuestro país.

Por tal circunstancia surge la redacción y aprobación de la **Nueva Constitución Política del Estado**, la misma que se caracteriza por ser solidaria, participativa, equitativa, inclusiva, y de empoderamiento de la problemática socio-económica de nuestro país, por lo que en su texto asume responsabilidades sociales de las naciones y los pueblos indígenas especialmente en el respeto a sus tradiciones y costumbre, respeto a uso de idioma nativo y otros como ser:

“Artículo 30.- II. Las naciones y pueblos indígena originario campesinos gozan de los siguientes derechos: 9) A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados. ”

Ley No.- 269;

Ley General de Derechos y Políticas Lingüísticas de 2 de Agosto de 2012.

“Artículo 5. (DERECHOS LINGÜÍSTICOS INDIVIDUALES).

En el marco de la presente Ley, toda persona tiene derecho:

1. A ser reconocida como integrante de una comunidad lingüística.
2. A usar su idioma materno en forma oral y escrita al interior de su comunidad lingüística y en otros ámbitos socioculturales.
3. A que se le explique en su idioma materno de forma oral y escrita sus deberes y sus derechos.
4. Al uso y al reconocimiento legal de su nombre en su idioma materno.
5. A preservar y desarrollar su idioma y cultura a la que pertenece.
6. A tener acceso a los medios y recursos para aprender otros idiomas oficiales.

Artículo 6. (DERECHOS LINGÜÍSTICOS COLECTIVOS).

Todas las comunidades y grupos lingüísticos del Estado Plurinacional de Bolivia tienen derecho:

- 1.** A recibir educación en su lengua materna y segunda lengua con su respectiva pertinencia cultural.
- 2.** A ser atendidos y recibir información oral, escrita y audiovisual en los idiomas oficiales en la administración pública y entidades privadas de servicio público, en el marco del principio de territorialidad.
- 3.** Recuperar y usar términos toponímicos en idiomas indígenas en los lugares públicos a nivel regional, municipal, departamental y plurinacional, en el marco del principio de territorialidad.
- 4.** A recuperar y utilizar terminología propia de los idiomas en el ámbito artístico, académico, medicinal, musical, espiritual y otros.
- 5.** A preservar los derechos intelectuales en la producción oral y escrita de los conocimientos, ciencia, tecnología, sabiduría y literatura como propiedad, colectiva de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- 6.** A contar con nuevas tecnologías de información y comunicación, en los idiomas oficiales.
- 7.** A la recuperación, almacenamiento y difusión de las investigaciones lingüísticas y culturales relativas a las naciones y pueblos indígena originario campesinos, dentro del territorio plurinacional.

8. A desarrollar sus propias instituciones para la investigación y enseñanza de las lenguas y culturas. "

No se permite la discriminación en razón del idioma.

“Artículo 14. II. El Estado prohíbe y sanciona toda forma de discriminación fundada en razón de [...] idioma, [...] que tengan por objetivo o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos de toda persona.

Artículo 104. Toda persona tiene derecho al deporte, a la cultura física y a la recreación. El Estado garantiza el acceso al deporte sin distinción de género, idioma."

Artículo 120. II. Toda persona sometida a proceso debe ser juzgada en su idioma.

Artículo 95 II Universidades deberán recuperar y preservar lenguas de las naciones.

Es una característica para ser considerada nación.

“Artículo 30. I. Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta idioma, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española. "

Constitución Política del Estado Art. 234 inciso 7.

Requisito para Servidores públicos:

“Para acceder al desempeño de funciones públicas se requiere: Hablar al menos dos idiomas oficiales del país”

2.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR.

La motivación para realizar el proyecto de intervención es la diversidad cultural y étnica de la población en nuestro municipio y el distrito Chane Independencia en especial, donde la mayor parte de la población son oriundos del interior del país como ser de Cochabamba, Chuquisaca, potosí y otros departamentos donde el idioma nativo predominante es el quechua.

Esta población se subdivide entre los que ya viven hace mucho tiempo, y ya tienen consolidada su residencia habitual ya que cuentan con familias estables y con parcelas propias para realizar sus actividades agrícolas rutinarias que es el medio de subsistencia de los habitantes de esta zona.

Por otro lado están los migrantes temporales, que vienen de departamentos quechua parlantes, y están solo meses durante los cuales realizan actividades laborales agrícolas en calidad de jornaleros ya sea en la siembra o durante la cosecha de los sembradíos.

Estos grupos humanos que acabamos de describir acuden en busca de atención médica en nuestro establecimiento y que los mismos aparentemente no son satisfechos, por falta de una comunicación fluida y con comprensión.

Como consecuencia de este problema detectado, se percibe usuarios insatisfechos y con dudas en los tratamientos indicados, además es notoria la duda e inseguridad por parte de los pacientes que son objeto de atención de partos las mismas que no son satisfechas, de la misma manera dificulta el culminar con éxito todo tipo de atención, porque en el Centro de Salud Municipal Chané, pocas personas cuentan con la cualidad de poder hablar en idioma nativo quechua, que es el idioma que habla gran parte de la población de Chané Independencia y sus alrededores.

Los problemas detectados son de posible resolución, con acciones efectivas y concretas, partiendo del control integral de los usuarios que acuden a Centro de Salud Chane en base a la aplicación de normas y protocolos nacionales, además en estricta aplicación de la Nueva Constitución Política del estado que reconoce la plurinacionalidad con el respeto de sus usos y costumbres y el respeto de su idioma nativo.

La calidad de atención implica que los usuarios de los servicios reciban asistencia oportuna, eficaz y segura —calidad técnica— en condiciones materiales y éticas adecuadas --calidad percibida.

Es decir una atención que se ajuste a las normas técnicas establecidas y que satisfaga las necesidades y expectativas del usuario.

Si aplicamos este concepto a los pueblos indígenas, la calidad en la atención debe tomar en cuenta su contexto social, económico, ancestral, de idioma y cultural.

Para alcanzar la calidad de atención de salud a los pueblos indígenas, varias barreras institucionales deben ser superadas, entre ellas destacamos las barreras culturales, sociales, económicas, geográficas.

Las barreras culturales en los servicios de salud están dadas por la falta de comprensión de los contextos culturales por parte de los formuladores de políticas, gerentes y personal técnico y de apoyo.

La expresión de las barreras culturales en los servicios de salud, se traduce en los problemas que existen en los servicios públicos de salud, asociados al desempeño del personal de salud, los horarios de atención, la disposición física, uso del idioma y los procedimientos técnicos utilizados por los servicios públicos de salud.

Cada una de estas manifestaciones representan la incongruencia entre los paradigmas utilizados en la organización y provisión de servicios públicos de salud en poblaciones multiculturales y las diferencias de las culturas en cuanto a lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo

3.- DISEÑO Y SELECCIÓN DE TÉCNICA E INSTRUMENTOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN.

Se inició el trabajo con entrevistas en profundidad a informantes clave (personas de edad avanzada de diferentes culturas que viven mucho tiempo en Chane Independencia).

Sistematizado los resultados como expresiones literales o categóricas.

Se realizó una entrevista informal a pacientes que acuden al servicio de salud, para explorar el nivel de aceptación de la atención médica.

Sobre la base de estos resultados se ha construido un árbol de problemas, consecuentemente un árbol de objetivos.

Se elaboró la matriz lógica para el proyecto de intervención.

Para la elaboración de la propuesta consultamos al personal para explorar la disponibilidad de aceptación a participar en un programa de capacitación en lenguas nativas de población migrante.

4.- RELACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN CON LINEAMIENTOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA.

El concepto de salud.-

La Organización Mundial de la Salud, definió en 1946 la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o afección".

Esta definición ha sido tomada como base en diversos instrumentos de derechos humanos que contienen estipulados sobre la salud, como veremos más adelante.

El concepto ha sido desarrollado por la práctica médica social de las décadas posteriores para efectos operativos, orientándose hacia un enfoque más integral

que vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependiente e integrada en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que le rodea.

El concepto de bienestar se refiere a la adecuada adaptación e integración (una condición de equilibrio) de las dimensiones físicas, mentales, sociales, espirituales y emocionales a cualquier nivel de salud o enfermedad.

La salud indígena como un derecho humano.

La salud como el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo equivale en los pueblos indígenas a la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a “la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social”

Las prácticas médicas dentro de este paradigma indígena no están relacionadas exclusivamente con enfermedades físicas individuales, sino también abordan “enfermedades” relacionadas con la sociedad y el entorno como un todo.

El bienestar de la persona está unido al de la comunidad y el entorno a través de prácticas que buscan el equilibrio, es decir, es holístico.

En el sentido integral, el pleno disfrute de la salud para los pueblos indígenas, además de los factores de orden médico (biológico), está relacionado con los factores contextuales que lo determinan; acceso a la tierra/territorio, a los recursos naturales, un medio ambiente sano, condiciones de vivienda, nutrición, y la armonía social que emana de la expresión irrestricta de su identidad cultural y su libre determinación en sus asuntos.

Por ello la salud indígena en su dimensión de salud colectiva está relacionada con los factores de orden ecológico, político, económico, cultural, social y espiritual.

La interculturalidad es tomada en cuenta como un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una o varias culturas, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, social, cultural, etario, lingüístico, de género y generacional.

Cabe señalar que el progresivo reconocimiento de la identidad cultural de los pueblos indígenas por parte de los Estados, aunque lento y no exento de conflictos, se va afirmando como un factor movilizador, pues está asociado al incremento de la autoestima y a la búsqueda del reconocimiento de sus derechos sociales y económicos así como del respeto a sus valores, creencias, prácticas ancestrales y a la participación política.

De ahí que al colocar la identidad cultural como uno de los ejes centrales de intervenciones que procuran el bienestar de las comunidades, se logra obtener altos niveles de compromiso de las poblaciones involucradas para la puesta en práctica de las propuestas, que incluyen un diálogo con alternativas tecnológicas cuya implantación respeta sus concepciones sobre el territorio y la naturaleza.

5.- JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

Los pueblos indígenas han sido uno de los más protagonistas de los cambios políticos que se están viviendo en nuestro país desde hace algunos años. Impensables reivindicaciones políticas son hoy en día una realidad con una Nueva Constitución Política que garantiza la participación activa de todos los estratos sociales y especialmente de las comunidades indígenas y promueve la justicia en un país que se reconoce orgullosamente como multiétnico, pluricultural y multilingüe.

Las nuevas políticas públicas apuntan con firmeza al desarrollo de la igualdad y la

disminución de las inequidades, con lo que se genera un enorme reto con la participación de los pueblos indígenas, evidentes víctimas de injustas políticas neoliberales, racistas y clasistas que reprodujeron y acentuaron peores condiciones de vida para ellos que para el resto de la sociedad.

De hecho, para casi cualquier indicador socializado, las condiciones de los pueblos indígenas, cuando se miden tomando en cuenta la condición étnica, resultan con claras desventajas en comparación con el resto de la población nacional.

Esta nueva visión de país incluyente ha enfatizado la mejora de las condiciones de vida de los pueblos indígenas del país como parte de la construcción de una Nación más justa y equitativa.

Los derechos a la salud, la educación, la cultura y el hábitat concentran los principales esfuerzos y en efecto constituyen una de las más fuertes demandas de las organizaciones indígenas bolivianas.

Existen distintas visiones acerca de la concepción de la política de salud dirigida a los pueblos indígenas. Algunos son partidarios de una política especial para los pueblos indígenas argumentando que la misma permite la rápida disminución de las groseras inequidades y facilita el reconocimiento de las características culturales particulares de cada pueblo.

Esta opción implica, extremando su concepción, una política de salud para pueblos indígenas y “otra” política de salud para los pueblos no indígenas, pudiendo implicar el desarrollo de distintos sistemas de salud o un sistema de salud con un componente especial indígena.

La actual política de salud que marca un nuevo horizonte con una nueva concepción, que parte del principio de la igualdad de que somos un pueblo multiétnico y pluricultural que requiere de una política de salud intercultural para todos y todas, que reconozca

nuestra rica diversidad; y que también permita una rápida eliminación de brechas sociales, ese debe ser nuestro objetivo mediato creando las condiciones que la situación lo exija.

La provisión de servicios apropiados y con identidad cultural son aquellos que proveen prestaciones personales y no personales efectivas es decir que tengan la capacidad de resolver los problemas no solo médicos, sino también los sanitarios; deberán ser seguras lo que equivale a decir, con el menor riesgo posible, y de calidad entendida desde la interculturalidad aquellas que respeta a la población, que cumple rigurosamente la ley que protege al hombre y mujer de cualquier tipos de discriminación, aun mas en nuestro medio, donde la discriminación por razón étnica es una cuestión que debemos superar a aquellos que las necesitan, donde y cuando se requieren, con un mínimo desperdicio de recursos.

Para este propósito necesitamos una fuerza de trabajo en salud, un talento que va más allá del puro tecnicismo, queremos decir con esto; que deberá ser culturalmente aceptable, para esto necesitamos tener un lenguaje común y un idioma que sea comprensible para ambos, el tratante médico y la tratada. Paciente, solo en este dialogo será posible resolver los problemas que lo trae al servicio de salud, haciendo de ella una oportunidad de empatía social, hacer que el paciente retorne y busque atención de acuerdo a sus propias costumbres y tradiciones.

Un trabajador que desempeña adecuadamente sus funciones es aquella que trabaja de manera eficiente, efectiva y equitativa, que responde con las competencias necesarias para lograr los mejores resultados posibles en salud, dados los recursos y las condiciones de trabajo, que en nuestro medio no siempre son de las mejores condiciones, muchas veces el personal de salud trabaja en condiciones precarias, pues es un reflejo de las condiciones de desvalorización del propio sistema de salud, cada día hay menos credibilidad en las acciones desde los servicios de salud, están dispersos y fragmentados, sin embargo, deslumbra

una luz de esperanza y posibilidad de ser más equitativo, hacer de la prestación de servicios una relación de pares, incorporar las alternativas culturales que nos ofrece la medicina tradicional, reforzar los conocimientos y saberes ancestrales.

Nos enfrentamos a un servicio que no habla el idioma nativo de la población, es decir a una población migrante que migra de condiciones pobres a otras condiciones pobres, migran con sus costumbres y tradiciones, con su propio idioma, a esta circunstancia la respuesta del servicios de salud es con personal que no habla el idioma nativo, que ignora y consecuentemente no cumple la ley que le obliga usar al menos dos idiomas, el castellano y una lengua nativa que la población mayoritariamente habla en el contexto.

La población se enfrenta a una situación alejada de su realidad, no hablan su idioma, no están señalizados los servicios, pese a los esfuerzos de alfabetizar a la población no sabe leer en su idioma mucho menos en el idioma dominante, como lo es el castellano.

La población no recibe información de sus derecho, especialmente a no ser discriminada por ninguna razón, de género, étnico o procedencia, la Nueva Constitución Política del Estado establece claramente a que ningún estante o habitante del Estado Plurinacional Boliviano podrá ser discriminado, sin embargo la apariencia, la forma de hablar, el color de la piel siguen siendo motivo de discriminación que se visualiza con más énfasis en los servicios de salud.

El paradigma es que “Queremos volver a Vivir Bien, lo que significa que ahora empezamos a valorar nuestra historia, nuestra música, nuestra vestimenta, nuestra cultura, nuestro idioma, nuestros recursos naturales, y luego de valorar hemos decidido recuperar todo lo nuestro, volver a ser lo que fuimos”.

Vivir Bien es respetar al otro, saber escuchar a todo el que desee hablar, sin discriminación o algún tipo de sometimiento. No se postula la tolerancia, sino el

respeto, ya que aunque cada cultura o región tiene una forma diferente de pensar, para vivir bien y en armonía es necesario respetar esas diferencias. Esta doctrina incluye a todos los seres que habitan el planeta, como los animales y las plantas.

Vivir en complementariedad Vivir Bien es priorizar la complementariedad, que postula que todos los seres que viven en el planeta se complementan unos con otros.

En las comunidades, el niño se complementa con el abuelo, el hombre con la mujer, etc. Un ejemplo está dado en el contexto de salud, nos complementamos la medicina tradicional con la medicina convencional, el paciente con el tratante, la tecnología con los recursos naturales.

Estas son formas de complementariedad desde la perspectiva intercultural.

Saber comunicarse para el Vivir Bien es saber comunicarse en el idioma propio, en el nuevo Estado Plurinacional se pretende retomar la comunicación que existía en las comunidades ancestrales.

El diálogo es el resultado de esta buena comunicación que menciona nuestra costumbre, recordemos que somos una nación de comunicación oral fundamentalmente.

En el proceso de fortalecer las acciones dirigidas a la mejora de la salud de los pueblos indígenas, se pretende aumentar exponencialmente la cobertura de los servicios de promoción de la salud en particular, aplicando el modelo de Salud Familiar Comunitaria Integral (SAFCI).

El desarrollo y aplicación de este modelo permitirá responder antiguas inquietudes y aportar una valiosa experiencia en la elaboración de políticas sanitarias.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud, que involucra, vincula y articula a los médicos académicos y tradicionales con la persona, familia, comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud.

La SAFCI reconoce y fortalece las formas organizativas de la población (Ayllus, Tentas, Markas, Capitanías, cabildos indígenas, sindicatos, Juntas Vecinales, Tierras Comunitarias de Origen, autonomías correspondientes) que le permiten interactuar con el servicio de salud en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución, administración y seguimiento-control social de las acciones de salud y el abordaje de las determinantes: educación, tierra, territorio, agua, producción, vivienda, justicia, defensa y otras, mediante la imprescindible participación intersectorial.

La SAFCI cuenta con un enfoque familiar porque se constituye en el nexo entre los servicios de salud con las familias de la comunidad o barrio, a partir de la realización de visitas familiares, en las que se desarrollan procesos de promoción de la salud, prevención, control, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Al contar con la suficiente capacidad resolutiva e instalada, el servicio se responsabiliza de un número determinado de familias. La SAFCI cuenta con un enfoque intercultural porque reconoce, acepta y valora los saberes, conocimientos y prácticas de la población y de los médicos tradicionales, los PIOCs y afrobolivianos, por lo que busca articular, complementar y reciprocarse las capacidades de todos estos actores.

Para que las personas, la familia y la comunidad tengan una atención de salud que, no sólo vea la enfermedad de la persona sino también su armonía con ella misma, con la comunidad, con lo espiritual y con la naturaleza; aceptando, respetando y valorando lo que sienten, conocen y practican.

Los principios de Salud Familiar Comunitaria Intercultural son cuatro:

1. Participación Comunitaria
2. Intersectorialidad
3. Interculturalidad
4. Integralidad

¿Qué es la Participación Comunitaria?

Es la capacidad de las comunidades urbano rurales (indígena, originario, campesino, interculturales y afrobolivianas) de participar directamente en la toma de decisiones en la planificación, ejecución administración, seguimiento y control de las acciones de salud en base a la identificación y priorización de sus necesidades y problemas mediante su representación legítima y organizada.

¿Qué es Intersectorialidad?

Es la intervención coordinada entre las comunidades urbano rurales (indígena, originario, campesino, interculturales y afrobolivianas) con los diferentes sectores en base a alianzas estratégicas, con el fin de actuar sobre las determinantes: educación, agua, tierra-territorio, medio ambiente, producción, cultura, vivienda, justicia, defensa, organización social y otras, en el marco de la corresponsabilidad.

¿Qué es Interculturalidad?

Es la articulación, complementariedad y reciprocidad en base a la aceptación, reconocimiento y valoración mutua de nuestros conocimientos y prácticas en salud, que se da entre pueblos indígenas campesinos, afrobolivianos y comunidades interculturales que resultan en mutuos aprendizajes a fin de contribuir al logro de relaciones simétricas de poder. Para actuar de manera equilibrada e inclusiva en la solución de los problemas de salud garantizando el acceso universal.

¿Qué es Integralidad?

Es concebir la salud como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, medio ambiente, cosmos y el mundo espiritual; con el fin de que el personal de salud y la población implementen procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad; de manera pertinente, oportuna, ininterrumpida e idónea, en el marco de los derechos garantizados por la CPE.

¿Cuál es la estrategia de aplicación de la SAFCI?

... la estrategia es la 'Promoción de la Salud'.

¿Y... qué es la Promoción de la Salud?

La promoción de la salud es un proceso político continuo de movilización social mediante el cual el equipo de salud y los actores sociales en corresponsabilidad asumen tareas para enfrentar las determinantes (económicas, sociales, culturales) en salud y no sólo se trata de asumir hábitos saludables de protección.

¿Cómo llevamos a la práctica la salud Familiar Comunitaria Intercultural?

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural se aplica a través del modelo:

Modelo de Gestión Participativa.

- Es impulsar a participar a las organizaciones sociales y el equipo de salud para cuidar nuestra salud y trabajar de manera conjunta.

Modelo de Atención SAFCI.

- Es la forma de acercar el servicio de salud con las personas, familias y la comunidad o barrio a partir de una atención basada en el respeto,

acompañamiento, y la toma de decisión informada acerca de la conducta a tomarse con nuestra salud.

6.- ANÁLISIS DE ACTORES.

6.1.- Beneficiarios directos.

Al proponer realizar algunas modificaciones para mejorar la forma de atención en cualquier establecimiento se debe contar con el consenso de todos los integrantes del equipo de trabajo, ya que el logro del objetivo de la propuesta será de beneficio para los trabajadores que, serán objeto de reconocimiento por la sociedad.

En este caso los directos beneficiados serán los trabajadores del establecimiento, los mismos que una vez concluida la capacitación estarán en condiciones adecuadas de mejorar la comunicación con los usuarios migrantes.

6.2.- Beneficiarios Indirectos.

Consideramos que, una nueva forma de realizar la atención en salud se puede solo mejorando la comunicación, y el beneficiado indirecto será usuario, y como complemento tendrá un efecto multiplicador, tendrá su repercusión ya que se obtendrá diagnósticos más precisos, tratamientos mejor aplicados y con mejores resultados, se disminuirá las enfermedades prevenibles, se elevará la cobertura de otros indicadores, y se disminuirá otros, por otra parte se disminuirá los gastos por compra de medicamentos, etc.

6.3.- Oponentes.

Dada la composición social y cultural de la población del municipio Fernández Alonzo y el distrito Chane Independencia donde se encuentra el Centro de Salud Municipal en especial, consideramos que no se encontrara oponentes, ya que el

propósito es para mejorar la calidad de la atención de la población migrante y no migrante establecida con residencia habitual desde hace muchos años atrás.

Mas al contrario las autoridades, y otros que también son migrantes, consideramos apoyaran esta iniciativa.

6.4.- Afectados.

Los principales afectados serán las farmacias particulares, ya que los mismos realizan la venta indiscriminada de medicamentos sin lograr entender claramente los problemas de salud de la población quechua parlante, solo con el criterio de mejorar sus ingresos económicos.

6.5.- Aliados.

Como aliados estratégicos se tiene a las nuevas políticas de salud establecidas por el actual gobierno, el SEDES, gobierno municipal, autoridades locales como subcalde, corregidor, OTBs y otros que respaldaran plenamente la realización de esta evaluación.

7.- CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCIÓN.

- UBICACIÓN GEOGRÁFICA.

El Municipio Fernández Alonzo, está ubicado en la Provincia Obispo Santistevan del Departamento de Santa Cruz de la Sierra, geográficamente la Provincia ocupa el territorio de la región norte del Departamento, se encuentra a una distancia de 37 km. de la capital de provincia Montero. (Mapa 1).

- LATITUD Y LONGITUD.

El territorio del Municipio Fernández Alonzo, se sitúa en las siguientes coordenadas geográficas:

Latitud Sur	:	16°41'8.6" y 17°03'02"
Longitud Oeste	:	63°21'43.4" y 63° 02'18"

Fuente: PDM. Fernández Alonzo 2009

- LIMITES TERRITORIALES.

El Municipio Fernández Alonzo, limita al norte con los municipios de San Pedro y San Julián, al sur con el municipio de Minero, al oeste con el municipio de San Pedro y al este con el municipio de San Julián (provincia Ñuflo de Chávez).

LÍMITE TERRITORIAL MUNICIPAL

MUNICIPIO	LIMITES			
	NORTE	SUR	ESTE	OESTE
Fernández Alonzo	Municipios de San Julián y San Pedro	Municipio Minero	Municipio San Julián Provincia Ñuflo de Chávez	Municipio San Pedro

Fuente: PDM. Fernández Alonzo 2009

- EXTENSIÓN.

La cuarta sección Municipal de la provincia Obispo Santistevan tiene una superficie total de 800,37 km², que representa el 13.2% del total de la provincia, cuya superficie es de 6,067.14 Km² ocupando aproximadamente el 1,6% de la superficie total del Departamento de Santa Cruz de la Sierra, cuya extensión

aproximada es de 370,620.00 km² (33% del Territorio Nacional), dividido en 15 provincias.

EXTENSIÓN DEL MUNICIPIO FERNANDEZ ALONZO

SUPERFICIE	FERNANDEZ ALONZO	OBISPO SANTISTEVAN	SANTA CRUZ DE LA SIERRA
Km2	800.37	6.067,14	370.620.00
Ha.	80,037.45	606,714.00	37.062.00
%	13.2	1.6	100

Fuente: PDM. Fernández Alonzo 2009

- DIVISIÓN POLÍTICO-ADMINISTRATIVA.

El Municipio de Fernández Alonzo es la Cuarta Sección Municipal de la Provincia Obispo Santistevan del Departamento de Santa Cruz de la Sierra, que tiene cinco secciones municipales. (Mapa 3).

SECCIONES MUNICIPALES - PROVINCIA OBISPO SANTISTEVAN

SECCION MUNICIPAL	MUNICIPIO
Primera Sección	Montero
Segunda Sección	Gral. Saavedra
Tercera Sección	Minero
Cuarta Sección	Fernández Alonzo
Quinta Sección	San Pedro

Fuente: PDM. Fernández Alonzo 2009

- SECCIÓN MUNICIPAL.

El Municipio está organizado políticamente en comunidades y 4 distritos, estas según el INE y basándose en el Censo 2001, así mismo con los datos del autodiagnóstico comunal se establece que son 15 comunidades rurales y 20 zonas urbanas, distribuidas en cuatro distritos distribuidas en el territorio del nuevo municipio Fernández Alonzo.

- DISTRITOS.

Fernández Alonzo es capital de la Cuarta Sección Municipal de la Provincia Obispo Santistevan creado el 28 de Enero de 2002, mediante Ley N° 2320, se encuentra ubicado al norte de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, perteneciente al norte integrado.

Actualmente se cuenta con cuatro distritos, los cuales se detallan en el siguiente cuadro:

DISTRITOS DEL MUNICIPIO FERNANDEZ ALONZO

Distritos	Comunidades	Superficie (Km2)	Porcentaje %
DISTRITO I (Fernandez Alonzo)	Fernández Alonzo (Área Urbana), Cuatro Ojitos, Villa Progreso, Faja Bolívar, Estrella Horizonte, Las Marotas, Las Playitas, Campo Alegre	132,18	16,5
DISTRITO II (Chane Independencia)	Chane independencia (Área Urbana) Colonia Nueva Esperanza, San Marcos, Colonia Toborocho, San Lorenzo, Monte Rico	487,93	61,0
DISTRITO III (Magallanes)	Chane Magallanes (Área Urbana), Las pozas	57,29	7,2
DISTRITO IV (Aguahi)	Aguahi (Área Urbana), Las Parabas, Betania	122,98	15,4
Total		800,37	100,0

Fuente: PDM. Fernández Alonzo 2009

El distrito que ocupa mayor superficie es el distrito II Chane Independencia que ocupa en 61% de toda la Superficie del Municipio, Fernández Alonzo ocupa el 17%, Chane Magallanes 15% y el distrito que ocupa menor superficie es Aguahi en apenas el 7%.

Cada distrito cuenta con su área urbana y sus comunidades, siendo las más importantes Fernández Alonzo y Chane Independencia, por extensión territorial y población.

- INSTITUCIONAL.

Sistema de Salud

El sistema de salud ha sido modificado después de la promulgación del decreto Ley 2426 del 24 de noviembre del 2002, y está organizado de la siguiente manera:

En el ámbito provincial, se han creado dos organismos:

1. Gerencia Regional de Salud (GRS.) La misma que tiene base en la primera Sección Municipal de la Provincia Obispo Santiestevan (Montero).
2. Directorio Local de Salud (DILOS), ubicado en la ciudad de Montero.

En el ámbito Municipal, se han creado tres instancias:

1. Directorio Local de Salud (DILOS), ubicado en Fernández Alonzo, está conformado por los siguientes representantes: un delegado de la Alcaldía de Fernández Alonzo, un representante del SEDES y un representante del Comité de Vigilancia.
2. Red Social de Salud (R.S. S.). está conformado por representantes de las OTB's del municipio de Fernández Alonzo, con la funciones de coordinación y fiscalización.
3. Red Comunitaria de Salud (R.C.S.), cada comunidad cuenta con un representante a la R.C.S. y estos a su vez eligen a sus representantes a la Red Social de salud a nivel municipal.

Por sus características de infraestructura, equipamiento, recursos humanos y normas nacionales, corresponden a la categoría de establecimientos de salud de Primer Nivel.

**ESTADO, CALIDAD Y CAPACIDAD DE LA INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO
DISPONIBLE POR ESTABLECIMIENTO.**

Establecimiento	Infraestructura				Equipamiento		Servicios Básicos		
	Nº Ambientes	Nº Consultorios	No Salas Int.	Nº Camas	Suficiente	Insuficiente.	Agua	Luz	Ser. Higiénicos
Virgen de Fatima	16	2	2	8		X	X	X	X
Chane Independencia	16	2	2	8		X	X	X	X
Aguahi	8	1	1	2		X	X	X	X
Magallanes	8	1	1	2		X	X	X	X

Fuente: PDM. Fernández Alonzo 2009

Los Centros de Salud del municipio por sus características corresponderían a un primer nivel de atención, sin embargo con la infraestructura que cuentan estos tienen deficiencias para una atención adecuada a la población en general.

EQUIPAMIENTO DE SALUD

Establecimiento	Equipamiento	
	Suficiente	Insuficiente.
Virgen de Fátima		X
Chane Independencia		X
Aguahi		X
Magallanes		X

Fuente: PDM. Fernández Alonzo 2009

En la Red de Salud Fernández Alonzo, todos los establecimientos de salud no cuentan con el suficiente equipamiento médico para cumplir con las prestaciones satisfactoriamente.

PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO POR ESTABLECIMIENTO.

Establecimiento	Número de Personal						
	Médico	Enfermeras	Enf. Aux.	Laboratorista	Farmacéutico	Odontólogo	admin.
Virgen de Fátima	5	1	7	1	1	1	5
Chane Independencia	4	1	6	1	1	1	5
Aguahi	2		2		1		2
Magallanes	2		2		1		2

Fuente: PDM. Fernández Alonzo 2009.

El Hospital Virgen de Fátima y Chane son los establecimientos que cuenta con personal médico y paramédico como ser total 9 médicos, 2 Lic, en enfermería, 13 auxiliares de enfermería y a un Odontólogo, farmacéutico y un laboratorista cada uno.

En relación a los Centros de Salud, de Aguahi y Magallanes cada uno cuenta con 2 médicos, 2 enfermera de manera permanente, responsable de farmacia y dos administrativos, por lo tanto estas se encuentran en el marco de la ley, sin embargo el mismo no es el suficiente.

- EPIDEMIOLOGÍA: TIPO DE VACUNAS Y COBERTURA.

El sistema de salud de del Municipio Fernández Alonzo, planifica sus campañas de vacunación para realizarlos mensualmente y cubrir todas las comunidades, con vacunas BCG, pentavalente, difteria, tétano, coqueluches, meningitis, sarampión y rubéola. Para la gestión 2012, la cobertura de salud preventiva con vacunas, es del 85%.

CUADRO EPIDEMIOLOGICO A NIVEL MUNICIPAL

Establecimiento	Campañas de vacunación						
	Polio	Penta	BCG	SRP	DT	Rubéola	Fiebre Amarilla
Virgen de Fátima	100%	100%	85%	100%	35%	100%	70%
Chane Independencia	100%	100%	90%	100%	21%	100%	60%
Aguahi				100%		100%	30%
Faja Tunari						100%	

Fuente: PDM. Fernández Alonzo 2009.

- ENFERMEDADES PREVALENTES A NIVEL MUNICIPAL.

De acuerdo a la información proporcionada por los dos Hospitales que cuenta el municipio y los dos puestos de salud existentes, las enfermedades prevalentes que afectan a los niños del Municipio, son: IRA/sn, EDA/Sd, EDA/Cd., piodermitis, problemas oftálmicos, parasitosis y anemias agudas.

Los problemas oftálmicos y respiratorios se aduce a la contaminación del aire con polvareda, provocada por el paso de los vehículos en época seca principalmente, en lugares que tiene asfalto y la tierra de textura limosa es muy susceptible a la erosión eólica, por otra parte el humo provocado por las quemas de cañaverales constituyen en otro factor contaminante que afecta la salud de los habitantes.

En cuanto a las enfermedades prevalentes que afectan a los adultos son principalmente problemas respiratorios, le siguen en importancia las enfermedades de reumatismo, dengue, chagas, asma, intoxicación por agroquímicos, diarreas, neumonías, diabetes y problemas oftálmicos.

- GRADO Y COBERTURA DE DESNUTRICIÓN INFANTIL.

DESNUTRICION INFANTIL < 5a

Establecimiento	Tasa Desnutrición Prevalencia
Virgen de Fátima	15%
Chane Independencia	16%
Aguahi	15%
Magallanes	15%

Fuente: PDM. Fernández Alonzo 2009

La prevalencia de enfermedades comunes las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, parasitosis, desnutrición, asociadas a las condiciones de vivienda y el acceso a servicios se constituyen en la causa principal de la morbi-mortalidad infantil. Las mismas contribuyen en la desnutrición infantil que por cierto a nivel municipal alcanza al 15%.

- MEDICINA TRADICIONAL.

Se establece que la práctica de la medicina tradicional está arraigada en toda la población; por sus tradiciones y costumbres de las personas y por la facilidad de usar plantas tradicionales; por este motivo la medicina tradicional sigue siendo utilizada con trabajos de curación con plantas medicinales del lugar para curar las diarreas y el dolor de estómago, así como los resfríos, tos y otros.

POBLACION TOTAL A NIVEL MUNICIPAL POR SEXO

Hombres	Mujeres	Total
7063	6933	13996

Fuente: PDM. Fernández Alonzo 2009

La Cuarta Sección Municipal de la Provincia Santiestevan, de acuerdo a los datos del Diagnostico Municipal elaborado durante la gestión 2.009 establece que

existen 13.996 habitantes, del cual el 49.5% de la población (6.933) son mujeres y el restante 50.5% de sus habitantes (7.063) son varones.

En relación a los datos de población que el Instituto Nacional de Estadística (INE) establece para el año 2001, hoy existen 2.633 habitantes más.

Como ya mencionamos líneas adelante según la nueva CPE todo funcionario público debe hablar dos idiomas en el presente caso sería el quechua, esto porque hablarle a la población en castellano crea cierto recelo, en tanto que conocer su idioma nos permite interactuar de una manera más estrecha con ellos, incluso bromear para disipar la tensión lo que nos permite ganar su confianza. Todo esto se reflejara en un importante aumento de la afluencia de pacientes al establecimiento.

El mejorar la calidad de atención será resultado del trabajo de acercamiento del personal a los usuarios quechua parlantes, porque buscamos que la población no sólo se acerque a nosotros en caso de estar enfermos, sino que se puedan establecer mecanismos en los que la comunidad sea parte responsable de garantizar la prevención de enfermedades mediante campañas informativas y de vacunación.

Los Centros de Salud son la puerta de entrada al sistema sanitario de nuestro país. No cabe duda de que la acogida en el idioma que el usuario mejor maneja y que lo vive como propio facilita el trabajo y la atención que realizamos.

Uno de los pilares de esta atención es la escucha activa en la que la comunicación verbal y la no verbal se complementan sobre la base del idioma común. Conociendo, utilizando y viviendo este idioma común vamos adquiriendo, capacidad de desarrollar empatía con nuestros pacientes usuarios.

El conocimiento y dominio de nuestro idioma para el trabajo diario precisa de medios técnicos (programas informáticos, etc.) instrumentos de trabajo (plantillas, protocolos, etc.) y formación continuada.

Todo ello resulta imprescindible para garantizar que todas las fases del proceso de atención en salud puedan estar dentro del manejo de un idioma nativo en lo posible quechua.

Hoy por hoy estamos en la primera fase, la de acogida, muy importante pero no suficiente para el desarrollo de una comunicación adecuada con un idioma con el que queremos vivir y trabajar”.

PROMEDIO DE MIEMBROS A NIVEL MUNICIPAL

Población Total	No de Familias	Promedio por Familia
13996	2516	6

Fuente: PDM. Fernández Alonzo 2009

El Municipio Fernández Alonzo según datos del diagnóstico municipal realizado durante la presente gestión, alcanza a un número total de 13.996 habitantes y 2.516 familias. El número promedio de miembros por familia es de 6.

- DENSIDAD DE LA POBLACIÓN.

En lo que se refiere al municipio de Fernández Alonzo la densidad poblacional es de 17 habitantes por kilómetro cuadrado.

ESTRUCTURA DE POBLAMIENTO: URBANA Y RURAL.

Área	Varones	Mujeres	Total
Urbano	6158	6119	12277
Rural	905	814	1719
Total	7063	6933	13996

Fuente: PDM. Fernández Alonzo 2009

- DINÁMICA POBLACIONAL.

- MIGRACIÓN

La migración se constituye en un factor importante del crecimiento demográfico relacionado con el movimiento espacial de la población, estos movimientos pueden ser temporales o permanentes según el tiempo y las actividades que la persona va a desempeñar en el lugar de destino.

La población emigrante tiene un comportamiento interno como externo del municipio, en el ámbito interno del municipio la población acude a Fernández Alonzo principalmente por trabajo y comercialización (realiza actividades como recolector de semillas, corte de caña y comercialización de productos por el lapso de 3 a 4 meses).

La migración del municipio al interior del país se la realiza principalmente por razones de trabajo y estudio, Santa Cruz es el lugar elegido con frecuencia por la población en edad escolar para continuar sus estudios, especialmente universitarios.

- INMIGRACIÓN

Entendamos por inmigración aquel fenómeno relacionado con la llegada de personas del exterior al interior del Municipio, ejemplo colonizadores del departamento de Potosí, Cochabamba, Chuquisaca, Tarija y otros.

La inmigración temporal, principalmente en el municipio de Fernández Alonzo está relacionado con la producción de caña o la denominada zafra. Anualmente y por el lapso aproximado de cuatro meses llegan diferentes contingentes de trabajadores (familias enteras) venidos de los departamentos de Potosí, Cochabamba y Sucre, el número aproximado de personas llegadas temporalmente entre los meses de mayo a septiembre son de 2.500 zafreros.

Estos migrantes temporales solos hombres como mujeres, o pueden ser familias establecidas con hijos, los mismos que se someten a las labores agrícolas regionales, estas familias de cultura diferente, hábitos diferentes, idioma diferente para muchos, presentan problemas de salud los mismos que inicialmente son atendidos por los contratistas en base a analgésicos, y recién cuando presentan complicaciones son llevados a los establecimientos de salud, donde nuevamente tropiezan con el problema del idioma, ya que no son bien comprendidos, y por otra parte los usuarios no comprenden a cabalidad los tratamientos por lo que aplican en forma inadecuada los medicamentos y los resultados no son los esperados.

- TASA DE NATALIDAD Y FECUNDIDAD.

En demografía, la **tasa de natalidad** es una medida de cuantificación de la fecundidad, que se refiere a la relación que existe entre el número de nacimientos ocurrido en un cierto periodo de tiempo y la cantidad total de efectivos del mismo periodo. El lapso es casi siempre un año, y se puede leer como el número de nacimientos de una población por cada mil habitantes en un año.

Tasa de natalidad: 20,58 nacimientos/1.000 habitantes.

De acuerdo a la información proporcionada por el Centro de Salud Virgen de Fátima y los Centros de Salud de Chane, Magallanes y Aguahi la tasa de natalidad es de 191 nacidos vivos por cada 1000 mujeres en edad fértil.

- ESPERANZA DE VIDA.

La esperanza de vida en el Municipio de Fernández Alonzo es de **63 años**.

Son variados los factores que determinan este hecho, entre estas podemos mencionar la discriminación laboral a los que están sujetos las personas de la tercera edad, la accesibilidad a servicios de salud, la falta de recursos económicos con que subsistir, el idioma nativo, etc.

- BASE CULTURAL DE LA POBLACIÓN.

- ORIGEN ÉTNICO

Los pueblos originarios del oriente se caracterizan por ser pueblos nómadas, por ésta razón el territorio del municipio fue receptor de muchos pueblos aborígenes. El más sobresaliente fue el pueblo "Aruwage", conocido posteriormente como "Chané", los que fueron invadidos y sojuzgados por los guaraníes.

Cabe mencionar, que a consecuencia de la presencia de la etnia Chané en la zona, actualmente existen tres poblaciones en el Municipio Fernández Alonzo, con el denominativo Chané Independencia, Chané Magallanes y Chané Bedoya.

En el Municipio Fernández se tiene a una comunidad indígena, de origen guaraní, como es la comunidad de Betania que conservan sus rasgos culturales así como su idioma.

Los Guaranís están representados en el municipio en la comunidad de Betania, que cuenta con una población de 172 habitantes, agrupados en 38 familias, ubicados en el distrito IV de Aguahi, que constituye uno de los grupos indígenas importantes del oriente boliviano.

Las Colonias Rusas están ubicadas en el distrito II de Chane Independencia, en las colonias de Toborochoi que cuenta con una población de 76 personas (18 familias) y la colonia Nueva Esperanza con una población de 106 personas (24 familias).

Ambas colonias conservan sus rasgos culturales, además del idioma, tienen como religión al catolicismo antiguo como es el cafalico.

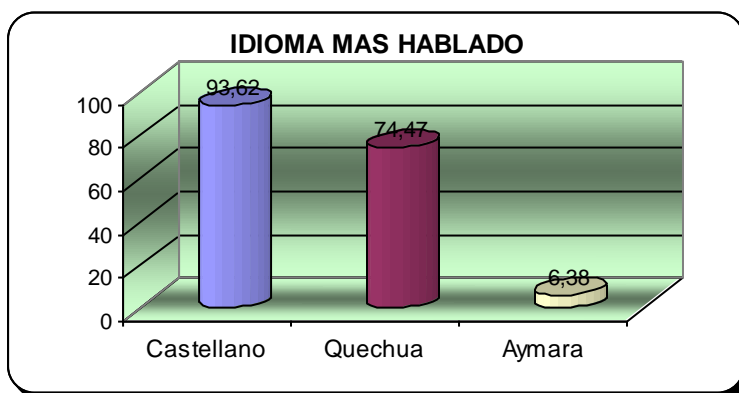
Actualmente el territorio del Municipio Fernández Alonzo, forma parte de la denominada Área Integrada del Departamento de Santa Cruz.

Está poblada mayormente por gente de raza mestiza, donde han convergido pobladores con tradiciones y culturas diferentes, fenómeno que ha dado lugar a una conjunción pluricultural y multiétnica, resultado de la recepción de inmigrantes del interior del país, siendo en su mayoría origen Quechua, provenientes de Cochabamba, Potosí, Chuquisaca y Oruro y Aymará provenientes de La Paz, y otras familias provenientes de otras regiones del Departamento de Santa Cruz.

- IDIOMAS.

El idioma oficial o de mayor preponderancia en el Municipio de Fernández Alonzo es el castellano, del 100% de la población el 93% es de habla castellana, un 6% habla aymará (inmigrantes del interior del país especialmente de occidente), el 74% de los habitantes del municipio habla el idioma originario quechua.

IDIOMAS PREDOMINANTES EN PORCENTAJE



Fuente: PDM. Fernández Alonzo 2009.

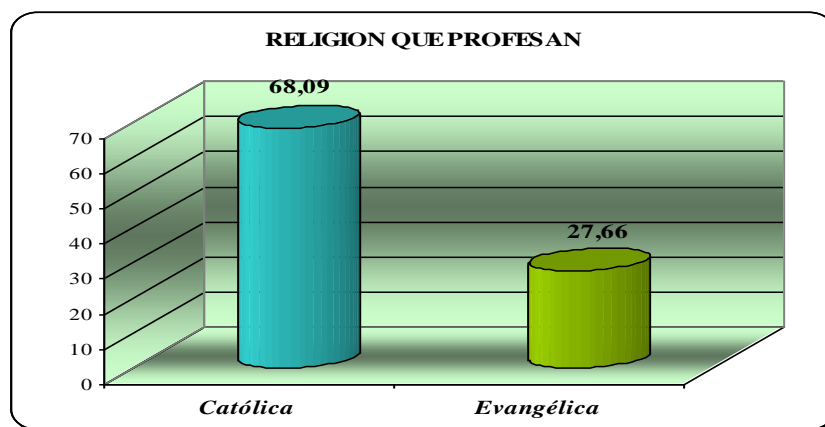
- RELIGION Y CREENCIAS.

De acuerdo a los datos del diagnóstico realizado durante la presente gestión, se establece que del 100% de la población del Municipio de Fernández Alonzo el 68% profesan la religión católica, un 28% ejercen la religión evangélica.

En las colonias rusas como Toborochi y Nueva Esperanza se practica la religión ortodoxa (católico Cafalico y/o catolicismo antiguo).

Entre las iglesias evangélicas más notables están, las iglesias de Asamblea de Dios y Cristo es la respuesta, estas poco a poco han ganado feligreses y se han constituido como religiones secundarias en la población urbana y en las comunidades del Municipio.

PRACTICAS RELIGIOSAS EN PORCENTAJE



Fuente: PDM. Fernández Alonzo 2009

- CULTURAL.

- MARCO HISTORICO.

Según los datos recogidos en los diagnósticos se obtuvo la siguiente información:

La población originaria de los llanos, estuvieron habitadas por la etnia Chané, que fueron de características pacíficas dedicadas a la caza, recolección de alimentos silvestres y agricultura incipiente; consecuencia de relaciones con la cultura quechua en las zonas de los Valles Mezotémicos.

Posteriormente los Chané fueron dominados militarmente por los Guaraní, de esta relación resulto la etnia de los Chiriguané, los cuales con la llegada de los españoles en el siglo XVII, fueron desplazados hacia el sur y algunos tomados como siervos de los latifundistas.

El territorio que hoy ocupa el Municipio Fernández Alonzo, gran parte es resultado de una colonización dirigida por el Estado Boliviano, decisión política tomada a través de la Ley de Reforma Agraria dictada en 1953.

La colonización de este territorio se inició desde el año 1955, dirigidos y apoyados por el Segundo Batallón de Colonización, comandado por el Coronel Jorge Barrenechea, conformando un puesto militar en el lugar que actualmente es denominada Colonia Cuatro Ojitos, posteriormente un año después se estableció el Cuarto Batallón de Colonización, dirigido por el Coronel Jorge Gamarra, con el mismo objetivo, de consolidar la colonización.

Posteriormente en 1958, llegó otro grupo de colonizadores procedentes del Departamento de Cochabamba, encabezados por Enrique Sanjinés. Una vez logrado el objetivo, este mismo año abandonan los efectivos del Ejército, quedando como responsable para continuar con el proceso de colonización el Ing. Agr. Arce Loreiro.

En 1959, el Instituto de Colonización de Reforma Agraria, designa como responsable de la colonización en la zona, al Ing. Willy Tordoya, a quien se lo reconoce por varias obras físicas de infraestructura social y de apoyo a la producción, como ser las vías de acceso.

Los primeros asentamientos humanos en el Municipio Fernández Alonzo, estuvieron conformadas por las Colonias denominadas Copacabana, Kumali, Chorolque, Coloca, Portón, Cotagaita, Tunari, Bolívar, Paz Estensoro e Illimani. El parcelamiento de la tierra se realizó en forma de teclado, favoreciendo a la organización de los colonos, conocidas también como “fajas”.

Fruto de un proceso social y económico, principalmente la necesidad de concentrar el abastecimiento y comercialización de productos de todas colonias mencionadas, hace que se cree el pueblo denominado Fernández Alonzo, el 3 de febrero de 1963, actualmente es la Capital del Municipio del mismo nombre.

El idioma constituye un elemento fundamental de la identidad de un pueblo. La restricción o la prohibición del uso del idioma despersonalizan la identidad y resquebraja la autodeterminación de los pueblos. La preservación y la promoción de los idiomas indígenas, garantizan su permanencia a través de las generaciones de estos pueblos.

La oficialidad, en territorios determinados, por su parte, determina la posibilidad de actuar libremente y adquirir poder político. Sin embargo, es importante que el Estado asegure también las oportunidades de los pueblos indígenas para que lleguen a dominar la lengua oficial del país.

Es importante la promoción del bilingüismo de los pueblos indígenas como prioridad, sin restringir la promoción del bilingüismo en los pueblos no indígenas apoyará a la mejor integración

La aplicación de la oficialidad del idioma no debe ser circunscrita a programas educativos, sino llegar a ser operativo.

Es decir, éste debe estar presente y ser usado en los servicios ofrecidos por el Estado, en este caso, en especial en los servicios de salud y en la capacitación de los recursos humanos de la salud.

8.- OBJETIVOS.

- **Objetivo General.-**

Contribuir a mejorar la atención médica a la población migrante quechua en Centro de Salud Chané.

- **Objetivos Específicos.-**

- Desarrollar un programa de capacitación en el uso del idioma nativo en el personal de salud, y que es proyecto de intervención.

- Para mejorar la calidad de atención integral que se brinda a los pacientes migrantes quechuas en Centro de Salud Chané.

9.- RESULTADOS ESPERADOS.

- Personal de salud se comunica en el idioma de los demandantes del servicio de salud.

- El personal de salud cumple la normativa de hablar dos idiomas.

- Usuarios satisfechos por mejora en la comunicación.

- Usuarios se sienten atendidos sin ningún tipo de discriminación.

- Establecimiento mejora indicadores de cobertura.

10.- ACTIVIDADES.

- Auspiciar cursos de Capacitación y Sensibilización en uso de idioma nativo quechua para el personal del Centro de Salud Chane.

- Entrevistas con autoridades municipales, OTBS, SEDES, gerencia de red y otros, para sensibilizar y garantizar la participación del personal de salud en los cursos de capacitación en idioma nativo quechua.

- Socialización, promoción y difusión por medios de comunicación radio, tv local, sobre temas: desnutrición, alimentos nutritivos tradicionales, lactancia materna exclusiva, O discriminación y otros en idioma nativo quechua.

- Charlas a las puérperas inmediatas y mediatas durante la hospitalización sobre lactancia materna y sus beneficios en idioma nativo quechua.
- Reuniones con organizaciones sociales para socializar usos y costumbres de los pueblos indígenas.

11.- INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.

- Mejorar las coberturas de por lo menos 10% en los planes y programas del ministerio de salud y deportes con la aplicación del idioma nativo.
- Realizar entrevistas 2 meses posteriores a la conclusión de la capacitación a los usuarios migrantes sobre la mejora de la comunicación y la atención en el establecimiento de salud.
- Lograr que por lo menos el 90% del personal de salud tenga la capacidad de poder comunicarse en idioma nativo quechua con los migrantes que soliciten atención en el establecimiento de salud.
- Al menos en un 70% de las madres migrantes se comuniquen en su idioma nativo quechua.
- Lograr que el 90% de las madres comprendan mejor los principios, objetivos y beneficios de los planes y programas del ministerio de salud y deportes.

12.- FUENTES DE VERIFICACIÓN.

- .Informe Mensual-Anual del SNIS
- .Libros de Consulta Externa del Establecimiento.
- .Entrevistas post capacitación
- .Revisión de carpetas familiares
- .Encuestas dirigidas a población de estudio
- .Observación directa

13.- SUPUESTOS.

- El SEDES Departamental de Santa Cruz fortalece la capacitación del personal de salud.
- Se fortalecerá la política SAFCI, en el distrito Chane Independencia.
- Se fortalecerá la Ley Contra el Racismo y toda forma de discriminación en el Departamento, y en el municipio
- Existe voluntad política para cumplir actividades de capacitación en la Gerencia de Red, y autoridades locales.

14.- ANÁLISIS DE VIABILIDAD.

Según el análisis realizado a partir de las políticas de salud formuladas correspondientes a nuestro escenario planteado este proyecto de intervención que beneficia a la población en general es viable políticamente, porque esta respaldado por las políticas municipales, departamentales y Gubernamentales.

15.- ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.

- **Factibilidad Social.-** Es factible socialmente porque es un beneficio para el personal de salud y también para la población en general, donde se interviene en las familias para obtener un resultado a corto, mediano, y largo plazo, mediante la concientización general del personal de salud, madres o tutores, autoridades locales con una finalidad determinada.
- **Factibilidad Cultural/Intercultural.-** Es factible culturalmente porque en este proyecto se engloba diversas culturas que convivirán en un mismo ambiente relacionándose mutuamente para lograr un determinado objetivo.
- **Factibilidad Económica.-** Este proyecto es factible económicamente con el apoyo de instituciones como ser administración del establecimiento, gobierno municipal, universidad Gabriel Rene Moreno.

- **Factibilidad de Género.** Dada la nueva coyuntura política y social que se vive en nuestro país, éste proyecto es factible en cuanto a género ya que al presente, se encuentra en pleno proceso de aplicación la ley contra el racismo y toda forma de discriminación entre hombres y mujeres.

16.- ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO.

Este proyecto es sostenible ya que está implementado dentro de las políticas de Salud del actual gobierno por lo que cada municipio debe respaldar el cumplimiento de la nueva política de salud establecida en la nueva constitución política del estado, además porque es un beneficio en bien de la comunidad y la población en general.

17.- IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO.

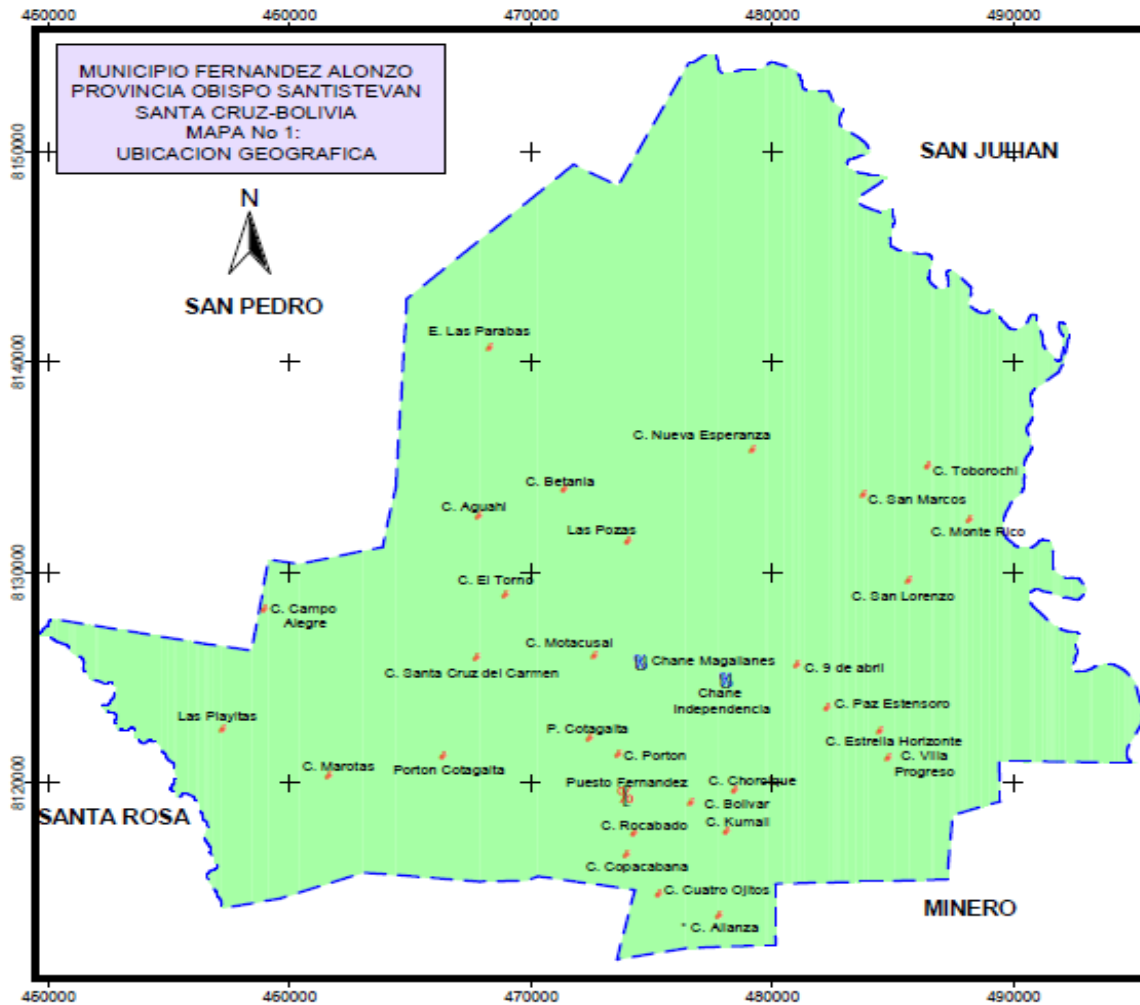
Consideramos que la poca o ninguna utilización del idioma obstruye la buena comunicación entre usuario y proveedor, por lo que inicialmente evaluar el impacto de la utilización del idioma nativo será determinante para llevar adelante futuras acciones o intervenciones que nos permitan mejorar los resultados de la atención, como consecuencia se obtendrá mayor afluencia de pacientes para realizar medicina preventiva, atención asistencial, parto humanizado, mejores coberturas de enfermedades prevenibles, mejor comprensión de las patologías, signos, síntomas, explicación de tratamientos, mejor cumplimiento de tratamientos y otros, debido a que el personal que brinda la atención tendrá la suficiente capacidad de poder entablar una conversación empleando sus conocimientos en el idioma nativo quechua con los usuarios migrantes que solicitan atención de salud en nuestro establecimiento.

18.- FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PROYECTO.

Ver anexos.

ANEXOS

MAPAS DE UBICACIÓN DEL PROYECTO



PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL
MUNICIPIO FERNANDEZ ALONZO

Gobierno Departamental
 Prefectura Santa Cruz

GOBIERNO MUNICIPAL FERNANDEZ ALONZO



REFERENCIA	
	Capital de Municipio
	Centros Poblados
	Comunidades
	Limite_linea.shp

NACIONES DE BOLIVIA

La Paz
2.630.381 habitantes

- Aymara
- Araona
- Chimán
- Leco
- Mosetén
- Quechua
- Tacana
- Urus

Cochabamba
1.671.864 habitantes

- Aymara
- Quechua
- Yuracaré
- Yuqui

Oruro
433.479 habitantes

- Aymara
- Quechua
- Urus

Potosí
768.198 habitantes

- Aymara hablante
- Quechua hablante

Pando
66.696 habitantes

- Ese Eje
- Pacahuara
- Tacana
- Yaminahua y Machineri



Beni
195.114 habitantes

- Baure
- Cavineño
- Cayubaba
- Canichana
- Chacobo
- Chimán
- Ese Eje
- Itonama
- Joaquiniano
- Machineri
- Mojeño (Ignaciano Trinitario)
- Mosetén
- More
- Movima
- Pacahuara
- Reyesano
- Sirionó
- Tacana

Santa Cruz de la Sierra
2.388.804 habitantes

- Ayoreo
- Chiquitano
- Guarani
- Guarayo
- Quechua
- Aymara

Chuquisaca
601.816 habitantes

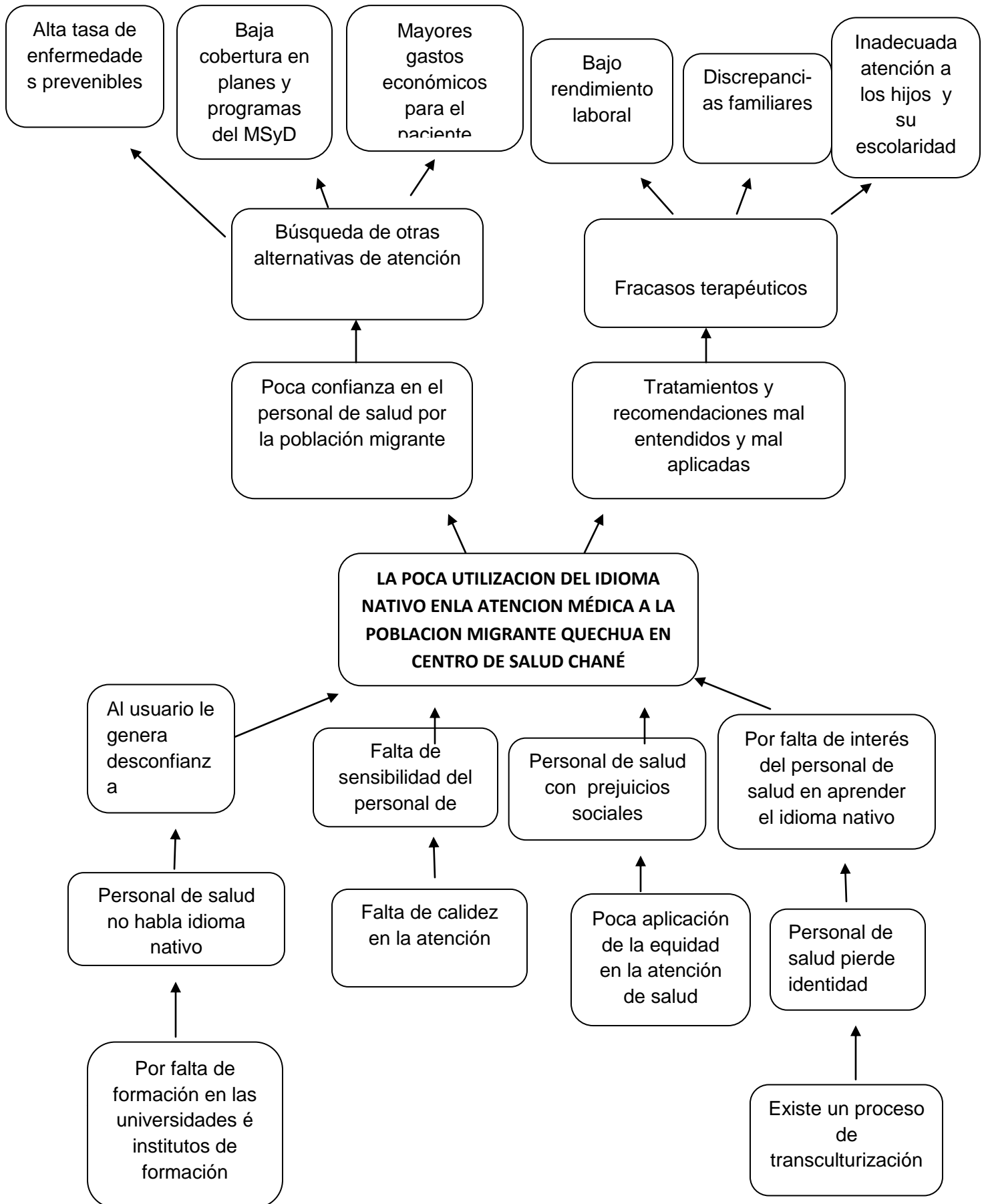
- Aymara
- Guarani
- Quechua
- Tapieta
- Weenhayek

Tarija
459.000 habitantes

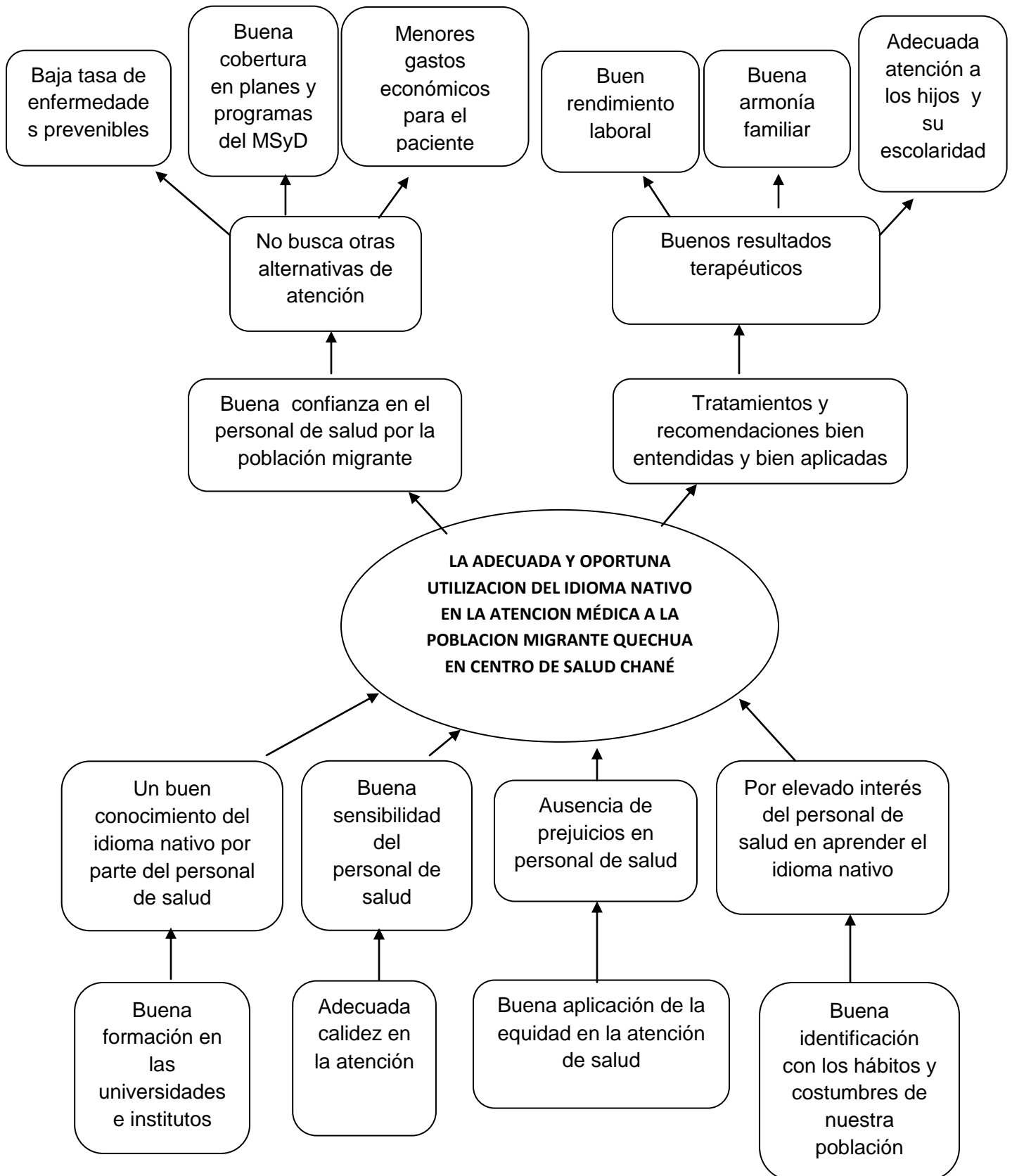
- Aymara
- Guarani
- Quechua
- Tapieta
- Weenhayek



ARBOL DE PROBLEMAS



ARBOL DE OBJETIVOS



MARCO LOGICO DEL PROYECTO DE INTERVENCION

RESUMEN DE OBJETIVO	INDICADORES	FUENTES / VERIFICACION	SUPUESTOS
Objetivo General Contribuir a mejorar la calidad de atención en el centro de salud....	Ha mejorado la cobertura de atención en 60% sobre la base del año anterior al final del proyecto	Informes del SNIS Informes del servicios de salud	
Objetivo Especifico Desarrollar un programa de formación lingüística en el personal de salud.	70% del personal de salud habla el idioma de la población migrante en la atención medica al final del proyecto	Resultados de un sondeo de satisfacción de la población. Certificados de aprobación Fotografía	El SEDES Departamental de Santa Cruz fortalece la capacitación del personal de salud
Resultados R.1. Personal habla el idioma nativo de la población migrante que acude al servicio de salud R.2. Personal de salud cumple la normativa de hablar dos idiomas R.3. La Población es atendida sin discriminación alguna	100% de servicios del centro están señalizados en idiomas nativos al 3er mes del proyecto. 60% del personal cumple el modelo de atención SAFCI 100% del personal de salud y autoridades locales a participado en el seminario sobre el capítulo IV artículo "234" de hablar dos lenguas al 6to mes del proyecto 80% de la población ha recibido información sobre la ley de no discriminación 100% del personal médico ha recibido información sobre 0 discriminación	Fotografías Informes del director del servicio Lista de asistencia Fotografías Certificados de asistencia Cuñas radiales Informes técnicos de supervisión	Se ha fortalecido la política SAFCI y la ley de no discriminación en el Departamento
Actividades Para R.1. Personal habla el idioma nativo de la población migrante que acude al servicio de salud A.1.1 Elaborar carteles en idioma nativo para cada servicio A.1.2. Realizar 3 talleres sobre la política SAFCI A.1.3. Elaborar cartillas de atención medica en al menos 2 idiomas nativos	80% de los usuarios migrantes reciben mejor atención 60% de los usuarios migrantes aplican mensajes de afiches en idioma nativo 100% de las autoridades locales y personal participan de los talleres del SAFCI 100% del personal conoce los mensajes de las cartillas de atención medica	Entrevistas a personas Visualización objetiva de afiches en ambientes Fotografías Planillas de registros de participación Visualización objetiva de material educativo	El SEDES departamental ha incorporado en el POA local presupuesto para capacitaciones Existe voluntad política para cumplir actividades de capacitación

<p>A.1.4. Realizar una alianza con la Universidad local Gabriel Rene Moreno</p>	<p>80% del personal participa del curso de capacitación en idioma nativo en la universidad autónoma Gabriel rene moreno.</p>	<p>Boletas de registro de inscripción Entrevistas a personal</p>	
<p>Para R.2. Personal de salud cumple la normativa de hablar dos idiomas</p>	<p>80% del personal que paso la capacitación refieren mejor entendimiento con los pacientes</p>	<p>Certificado de participación en cursos de capacitación</p>	
<p>A.2.1 Realizar cuñas radiales sobre NO discriminación</p>	<p>60% de la población indica haber escuchado mensajes de cuñas radiales de no discriminación.</p>	<p>CDs grabados con cuñas radiales</p>	
<p>A.2.2. Elaborar dos murales en lugares estratégicos del pueblo sobre no discriminación</p>	<p>90% de autoridades locales participan en seminarios organizados sobre ley de NO a la discriminación</p>	<p>Registro de planillas de participación</p>	
<p>A.2.3. Difundir la ley sobre No discriminación en seminarios para autoridades locales</p>	<p>70% de moto taxistas y mujeres de las organizaciones mencionan tres tipos de discriminación</p>	<p>Planillas con registro de los participantes</p>	
<p>A.2.4. Reunión con organización de mujeres A.2.5.Reunion con sindicatos de moto taxistas</p>	<p>80% de los usuarios en el establecimiento indican NO haber recibido discriminación</p>	<p>Entrevistados reconocen tres tipos de discriminación.</p>	
<p>Para R.3. La Población es atendida sin discriminación alguna</p>	<p>100% de las radio emisoras participan con cuñas radiales con mensajes de O discriminación.</p>	<p>CDs con mensajes de O discriminación</p>	
<p>A.3.1 Realizar sondeos de opinión a la población A.3.2 Realizar campañas de 0 discriminación por medios radiales</p>	<p>80% de representantes de organizaciones sociales participan en encuentros sobre ley contra la discriminación.</p>	<p>Planillas con registro de participantes</p>	
<p>A.3.3. Organizar encuentros con organizaciones sociales sobre 0 discriminación</p>			

PRESUPUESTO PLAN DE INTERVENCION 2014

	Unidad	costo	total	Financiamiento
Para R.1. Personal habla el idioma nativo de la población migrante que acude al servicio de salud				
A.1.1 Elaborar carteles en idioma nativo para cada servicio	3	80	240	POA 2014
A.1.2. Realizar 3 talleres sobre la política SAFCI	3	180	540	POA 2014
A.1.3. Elaborar cartillas de atención medica en al menos 2 idiomas nativos	5	30	150	POA 2014
A.1.4. Realizar una alianza con la Universidad Autónoma Gabriel Rene Moreno	1	4500	4500	U.A.G.R.M.
Para R.2. Personal de salud cumple la normativa de hablar dos idiomas				
A.2.1 Realizar cuñas radiales sobre NO discriminación	3	200	600	POA 2014
A.2.2. Elaborar dos murales en lugares estratégicos del pueblo sobre no discriminación	2	2000	4000	AGRIPAC
A.2.3. Difundir la ley sobre No discriminación en seminarios para autoridades locales	2	300	600	POA 2014
A.2.4.Reunión con organización de mujeres	3	250	750	POA 2014
Para R.3. La Población es atendida sin discriminación alguna				
A.3.1 Realizar sondeos de opinión a la población atendida	30	1	30	POA 2014
A.3.3. Organizar encuentros con organizaciones sociales sobre 0 discriminación	2	300	600	POA 2014
TOTAL			12010	

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROYECTO DE INTERVENCION GESTION 2014

ACTIVIDADES	MESES DEL AÑO 2014											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Para R.1. Personal habla el idioma nativo de la población migrante que acude al servicio de salud												
A.1.1 Elaborar carteles en idioma nativo para cada servicio												
A.1.2. Realizar 3 talleres sobre la política SAFCI												
A.1.3. Elaborar cartillas de atención medica en al menos 2 idiomas nativos												
A.1.4. Realizar una alianza con la Universidad Autonoma Gabriel Rene Moreno												
Para R.2. Personal de salud cumple la normativa de hablar dos idiomas												
A.2.1 Realizar cuñas radiales sobre NO discriminación												
A.2.2. Elaborar dos murales en lugares estratégicos del pueblo sobre no discriminación												
A.2.3. Difundir la ley sobre No discriminación en seminarios para autoridades locales												
Para R.3. La Población es atendida sin discriminación alguna												
A.3.1 Realizar sondeos de opinión a la población												
A.3.2 Realizar campañas de 0 discriminación por medios radiales												
A.3.3. Organizar encuentros con organizaciones sociales sobre 0 discriminación												

BIBLIOGRAFÍA.

1. “El Impacto del Seguro Básico de Salud en la cobertura de Parto Atendido por Personal Médico en Bolivia”
Cecilia Vidal Fuertes*
Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas - UDAPE
Ministerio de la Presidencia de Bolivia
Julio 2003
2. Campaña Educativa Sobre Los Derechos Humanos e Indígenas/OPS pag. 61,62 2006.
3. CEPAL – Colección Documentos de proyectos Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afro descendientes en América Latina.
4. Wikipedia la enciclopedia libre, articulo atención primaria en salud *es.wikipedia.org/wiki/Atención Primaria en Salud*
5. UDAPE-PNUD, Boletín sobre el estado del Desarrollo Humano en Bolivia, abril 2010.
6. Declaración Universal de los Derechos Humanos NNUU 1948
7. Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional del Estado Boliviano
8. PROGRAMA DE PROTECCION SOCIAL MADRE NINO B.J.A
<http://www.bonojuanaazurduy.sns.gob.bo/FrmDesBono3.aspx>
9. Organización Panamericana de la Salud-Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, D.C: OPS, © 2008.
10. Plan Nacional de Desarrollo.
11. Benites, Teodosio. Perú: Interculturalidad y cosmovisión indígena. En: www.servindi.org/

12.,PDM Fernández Alonzo 2009

13.<http://info.caserita.com/index2.php>

14.(IBARRA G., D. Edgar, *Lenguas Indígenas de Bolivia*, La Paz, Bolivia: Juventud, 1982, página 17, 18).

15.Orientación de los Marcos Jurídicos hacia la Abogacía en Salud fr los Pueblos Indígenas///Dra. Rocío Rojas consultora OPS/OMS. Pag. 32-33.