

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA,  
NUTRICIÓN Y TECNOLOGÍA MÉDICA  
UNIDAD DE POSTGRADO**



Reducción de la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años con la revalorización de productos ancestrales en el Municipio de Sipe Sipe de 2019”

**POSTULANTE: Dra. Sandra Guadalupe Soliz Muriel**  
**TUTOR: Dr. M.sc. Dr. Carlos Tamayo Caballero**

Propuesta de intervención presentada para optar al título de especialista en interculturalidad y salud

La Paz - Bolivia  
2019

## **AGRADECIMIENTO**

**A DIOS POR PERMITIRME CULMINAR ESTA META TRASADA EN MI SUPERACION.**

**A MI TUTOR POR SU PACIENCIA Y SU ESTIMULO CONTINUO QUE NOS A BRINDADO PARA CULMINAR LA ESPECIALIDAD DIOS BENDIGA SU VIDA.**

**A MI ESPOSO Y MI QUERIDO HIJITO POR SU APOYO INCONDICIONAL EN TODO MOMENTO PARA LA CULMINACION DE LA ESPECIALIDAD.**

**A MI MAMITA POR SU APOYO Y COMPRENCION EN MI SUPERACION.**

## Dedicatoria

Dedico mi propuesta de intervención a todos los niños de Sipe Sipe que fueron mi inspiración durante las consultas viviendo junto a ellos la realidad de las carencias alimenticias su falta de información poder mejorar su calidad de vida en base a la riqueza de sus alimentos que ellos mismos producen.

## **INDICE DE CONTENIDO**

<b>1. INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
<b>2. ANTECEDENTES.....</b>	<b>3</b>
<b>Extensión.....</b>	<b>3</b>
<b>Nutrición y trastornos.....</b>	<b>4</b>
<b>Desnutrición primaria.....</b>	<b>5</b>
<b>Desnutrición secundaria.....</b>	<b>5</b>
<b>Marasmo.....</b>	<b>6</b>
<b>Kwashiorkor.....</b>	<b>8</b>
<b>Diagnostico de desnutrición.....</b>	<b>11</b>
<b>Tratamiento.....</b>	<b>13</b>
<b>Pronostico y prevención .....</b>	<b>14</b>
<b>3.RELACION DEL PROYECTO CON LINEAMIENTOS DE LA POLITICA.....</b>	<b>17</b>
<b>4. JUSTIFICACION DEL PROYECTO.....</b>	<b>22</b>
<b>5.ANALISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR... ..</b>	<b>24</b>
<b>6. ANALISIS DE ACTORES.....</b>	<b>26</b>
<b>7. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCION.....</b>	<b>27</b>
<b>8.ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
<b>9.RESULTADO.....</b>	<b>27</b>

<b>10. ACTIVIDADES.....</b>	<b>28</b>
<b>11. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
<b>12. FUENTE DE VERIFICACION.....</b>	<b>29</b>
<b>13. SUPUESTOS.....</b>	<b>29</b>
<b>14. ANALISIS DE VIABILIDAD.....</b>	<b>29</b>
<b>15. ANALISIS DE FACTIBILIDAD.....</b>	<b>30</b>
<b>16. ANALISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO.....</b>	<b>30</b>
<b>17. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO.....</b>	<b>31</b>
<b>18. FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL SUPUESTO.....</b>	<b>31</b>
<b>19.REFERENCIAS BLIOGRAFICAS.....</b>	<b>32</b>
<b>20.PLAN DE EJECUCION DEL PROYECTO.....</b>	<b>43</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ARBOL DE PROBLEMAS.....</b>	<b>33</b>
<b>ARBOL DE OBJETIVOS.....</b>	<b>34</b>
<b>MATRIZ LOGICA.....</b>	<b>35</b>
<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>41</b>
<b>INDICE DE CUADROS</b>	
<b>CUADRO 1 .....</b>	<b>37</b>
<b>CONFORMACION DE CENTROS DE SALUD AREA SIPE SIPE</b>	
<b>CUADRO 2.....</b>	<b>38</b>
<b>DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDAD Y SEXO</b>	
<b>CUADRO 3.....</b>	<b>39</b>

**DESNUTRICION CRONICA**

**CUADRO 4.....40**

**DESNUTRICION MODERADA**

**CUADRO 5.....40**

**DESNUTRICION GRAVE**

**CUADRO 6.....43**

**CRONOGRAMA**

# **REDUCCION DE LA PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON LA REVALORIZACION DE PRODUCTOS ANSESTRALES EN EL MUNICIPIO DE SIPE SIPE**

## **1. INTRODUCCION**

El presente proyecto va dirigido a disminuir la prevalencia de la desnutrición crónica revalorizando nuestras costumbres ancestrales. La desnutrición se la define como el estado patológico inespecífico sistémico y potencialmente reversible originado por la deficiente utilización de nutrientes por las células del organismo ya sea por falta de aporte externo o alteraciones intrínsecas con manifestaciones clínicas variadas y diversos grados de severidad.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar sus causas en general, causas individuales, causas sociales:

Las causas individuales puede surgir cuando una persona no consume suficientes nutrientes en comidas o bien cuando o puede absorberlas, la causa puede ser bulimia, disfagia, depresión otras enfermedades, y enfermedades gastrointestinales; vómitos diarrea, parasitosis.

Las causas sociales la malnutrición es un problema de salud pública, condicionado por determinantes de la salud, expresados como factores sociales y de desarrollo asociados a la pobreza discriminación por razones de sexo, raza o credo político; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre; el embarazo adolescente; los cuidados insuficientes de la mujer a la niña y niño; las prácticas inadecuadas de crianza; el limitado acceso a servicios básicos y a servicios de salud, asociados con costumbres y prácticas inadecuadas de alimentación; estilos de vida, algunas perdidas de costumbres ancestrales y otros adquiridos.

<sup>1</sup>Nuestros antepasados indígenas conocían muy bien los alimentos que la naturaleza nos brindaban y valoraban las propiedades de cada uno de ellos sin

embargo en la cultura actual los alimentos ancestrales se han sustituido por otros foráneos e industrializados lo cual a llevado al desconocimiento de estos tesoros alimenticios por eso a la hora de elegir los alimentos que integran nuestra alimentación se debe dar prioridad a los alimentos ancestrales y tradicionales ya que estos son altamente nutritivos y saludables alimentos autóctonos que a más de ser nutritivos son parte de nuestra cultura culinaria, ancestral por ejemplo, la quinua, amaranto, cañawua, avena ,trigo. **²Enfoque de**

### **Interculturalidad**

Supone una aptitud abierta al diálogo, basada en la tolerancia y el respeto a las diferencias culturales, se manifiesta en el plano individual y social, y permite construir relaciones armoniosas entre los seres humanos de diversas identidades culturales o etnias.

Actuar con un enfoque de interculturalidad implica reconocer nuestros conocimientos y las distintas visiones del mundo, potenciar nuestros recursos y valores y mantener una actitud abierta al cambio. Esto implica una alianza concertada entre los diferentes actores locales para confluir en un proceso que propicie el consenso, la convivencia armónica y el desarrollo sostenido, como parte de un proceso de cambio permanente y desarrollo de la identidad.

La desnutrición crónica es un problema en proceso de solución, la política de estado desnutrición 0 busca reducir la desnutrición crónica con especial atención en poblaciones más vulnerables niños y niñas menores de 5 años, implementando intervenciones integrales fortaleciendo la estructura y funcionalidad multisectorial por niveles, mejorando hábitos de alimentación y prácticas de cuidado en niños y niñas, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.

“EL DIA” Periódico nacional informa, el lunes 23 de enero 2017 que el MINISTERIO DE SALUD indica que bajan cifras de desnutrición crónica entre el 2014 y 2016 un descenso de 17.10% al 13.92% datos obtenidos del SNIS.

Datos proporcionados por el SEDES Cochabamba: informan que casi la mitad de los municipios de Cochabamba continúan con una alta prevalencia de desnutrición crónica. No ajeno a esta realidad el municipio de Sipe Sipe tiene una alta prevalencia de desnutrición en menores de 5 años ocupando el séptimo lugar de morbilidad en esta faja etaria. Datos obtenidos del SOAP. Con un 12 % casos de desnutrición crónica.

Por esta problemática surge el interés de elaborar este proyecto de intervención de revalorización de nuestros alimentos ancestrales en el municipio de Sipe Sipe para de esta manera poder incidir en familias enteras reduciendo la desnutrición crónica.

## **2. ANTECEDENTES**

El Municipio de SipeSipe se encuentra ubicado en la Provincia de Quillacollo del Departamento de Cochabamba, a una distancia de 25 Km. (35 minutos) del Cercado; a 2,5 kilómetros de la carretera Cochabamba - La Paz, sobre el denominado eje de conurbación del Valle Bajo del Departamento de Cochabamba. Cuenta con una altura de 2,453 m.s.n.m. aprox., y presenta atractivos turísticos y centros recreativos frecuentados por los habitantes del Cercado.

### **Latitud y Longitud**

La Segunda Sección, el Municipio de SipeSipe, se encuentra ubicada entre los paralelos 17° 27` 0.832" de Latitud Sud y 66° 21'24" de Longitud Oeste.

### **Límites Territoriales**

El municipio de SipeSipe se encuentra ubicado en la Provincia de Quillacollo, limita al Sur con las Provincias de Capinota y Arque, al Norte con el Municipio

de Vinto y Provincia Ayopaya, al Oeste con la Provincia de Tapacará y al Este con el Municipio de Quillacollo.

### **Extensión**

La superficie aproximada del municipio de SipeSipe, es de 472.1 kilómetros cuadrados con una densidad poblacional de 66.37 por kilómetro cuadrado. (INE-

Municipio de Sipe Sipe tiene 8 establecimientos de salud 3 de atención de 24 horas, 2 de atención de 6 horas, 2 de atención 8 horas y un puesto de salud. VER CUADRO NUMERO 1 ANEXOS

### **Nutrición y trastornos de la desnutrición**

<sup>3</sup>La alimentación y nutrición en todo el curso de la vida es básico para la salud y el desarrollo humano. La adecuada absorción y o aprovechamiento biológico de los nutrientes permite crecer y desarrollar todas las actividades de los seres vivos, principalmente los seres humanos (estudiar, trabajar, hacer deportes y todas las actividades necesaria)

Los problemas de salud por una mala nutrición, priorizados por el ministerio de salud y deportes son: desnutrición infantil aguda y crónica, anemia, desordenes por deficiencias de yodo y deficiencias de vitamina A. Además existen otros problemas nutricionales causados por el exceso de consumo, debido a malos hábitos alimenticios o problemas metabólicos como sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión arterial.

Otro factor que afecta a la absorción de los nutrientes, en mayor o menor grado es la parasitosis, por ello es necesario cumplir con la desparasitación periódica tanto en niños y niñas y adultos.

La mayoría de las enfermedades relacionadas a la alimentación, tienen prevalencia más alta en mujeres, en niños y niñas.

Alimentación en nutrición en niños y niñas menor de 5 años.

En los primeros 6 meses de vida se debe privilegiar la lactancia materna, inmediata dentro la primera hora de nacido, exclusiva hasta los 6 meses y conjuntamente la alimentación complementaria hasta los 2 años de edad, con las connotaciones fisiológicas y psicológicas definidas por estudios científicos. Es decir a partir de los 6 meses hasta los 23 meses, se introducen los hábitos alimentarios, que se inician con la alimentación complementaria, que incorpora paulatina y eficientemente los componentes del arco de la alimentación, conocidos anteriormente como pirámide nutricional que incluía los tres grupos de alimentación.

<sup>4</sup>El objetivo de la nutrición es conseguir un crecimiento y un desarrollo adecuado y evitar los estados carenciales. Las necesidades varían en función de la etapa del desarrollo y las diferencias genéticas y metabólicas individuales, una buena nutrición ayuda a prevenir enfermedades y desarrollar el potencial físico y mental.

La ración dietética apropiada que previene los estados carenciales en la mayoría de los individuos está establecida, pero como alguna de las sustancias esenciales no se han identificado la única forma de proporcionarlas es una dieta variada después de la lactancia. Solo la leche materna aporta todos los elementos necesarios durante un tiempo prolongado.

<sup>5</sup>La desnutrición es un estado patológico de distintos grados de seriedad y de distintas manifestaciones clínicas causado por la asimilación deficiente de alimentos por el organismo

Etiología de la desnutrición podemos clasificar de la siguiente manera:

A) Por causa:

**Desnutrición primaria:** secundaria a subalimentación, sea debido a deficiencia en la calidad o deficiencia en la cantidad de alimentos consumidos. <sup>6</sup>

**Desnutrición secundaria:** secundaria a alguna patología que altera la absorción intestinal, condiciona una pobre biodisponibilidad alimentaria y un incremento en los requerimientos

**Mixta:** es la asociación de los dos anteriores.

**B) Por el tiempo de evolución:**

**Aguda:** cuando se afecta el peso y no la talla

**Crónica:** compromiso sobre todo de talla y de peso

**C) Por su gravedad según la valoración antropométrica:**

**Leve:** cuando el peso y talla esta entre -1 y -2 sd

**Moderada:** peso y talla entre -2 y -3 sd

**Grave:** peso y talla por debajo de -3 sd

**D) Por nutriente deficiente:**

**Marasmo:** deficiencia sobre todo de calorías

**Kwashiorkor:** déficit sobre todo proteico

**Kwashiorkor marasmático:** asociación de ambos

**Marasmo**

La desnutrición por carencia alimentaria prevalentemente calórica (hipo alimentación del lactante) comienza en los primeros meses de vida. Ocurre con

mayor frecuencia en el lactante mayor aunque puede aparecer también en edades más avanzadas

Figura

#

3



**Figura # 3. Niño con desnutrición marasmática\***

En esta entidad, la ingesta energética es insuficiente para cubrir necesidades calóricas diarias, por lo que el organismo utiliza sus propias reservas.

El glucógeno hepático se agota en horas y utiliza proteínas del músculo esquelético por vía de la gluconeogénesis para mantener una glicemia normal.

Los triglicéridos de depósitos de grasas originan ácidos grasos libres para necesidades energéticas de tejidos (excepto SN). En la inanición, los ácidos grasos se oxidan a cuerpos cetónicos que pueden ser utilizados por el cerebro como fuente alternativa de energía. En la deficiencia energética grave, la

adaptación es facilitada por niveles altos de cortisol y hormonas de crecimiento y una baja de la secreción de insulina y hormonas tiroideas.

Cuadro

#

1.

<b>Cuadro # 1. Cuadro clínico del marasmo<sup>16</sup></b>
<p>Gran enflaquecimiento con pérdida ponderal de 40% o más con relación a la edad.</p> <p>La pérdida del tejido graso se manifiesta con emaciación de la pared abdominal, de la cintura escapular y pelviana, mejillas, además ojos hundidos (facies de viejo), nalgas tristes o en tabaquera y resaltos óseos.</p> <p>La piel aparece arrugada, de color pálido grisáceo, seca, contrastando a veces con el enrojecimiento intenso de las mucosas</p> <p>A nivel de prominencias óseas, la piel es delgada, brillante y hasta con ulceraciones que son presa fácil de infección.</p> <p>Manifestaciones eritematosas-erosivas de la región glútea y genital.</p> <p>Las masas musculares: están más reducidas y el tono muscular puede ser muy variable.</p> <p>Por lo general el niño es irritable e intranquilo o apático y somnoliento.</p> <p>Hay enfriamiento de los segmentos distales de las extremidades. El pulso es imperceptible e irregular.</p> <p>En abdomen se puede observar asas distendidas; meteorismo. Hay atrofia de vellosidades intestinales con mala absorción y diarrea recurrente y prolongada.</p> <p>Proteínas plasmáticas: son normales o están ligeramente bajas.</p> <p>Las alteraciones hematológicas predominantes son la anemia ferropénica y generalmente un recuento leucocitario bajo.</p> <p>Las infecciones son muy frecuentes y contribuyen a agravar la desnutrición, siendo casi siempre la causa de la muerte.</p>

## **Kwashiorkor**

Descrito por primera vez en niños africanos, se debe a una desnutrición por carencia alimenticia predominantemente proteica (no se incorporan los alimentos con proteínas animales cuando se suspende la lactancia materna) y la alimentación se basa más en harinas u otros aportes nutritivos pobres en proteínas.

Según manifiesta en el primer año de vida en lactantes destetados, alimentados con muy poca leche y más cocimientos de harinas vegetales y en niños preescolares por deficiente ingesta de comidas ricas en proteínas. Figura # 4.

Figura # 4. Niño con kwashiorkor\*.



Management of Childhood

La elevada ingesta de hidratos de carbono y disminución de proteínas es igual a la disminución de síntesis de proteínas por las vísceras. La hipoalbuminemia es igual al edema en zonas declives. La síntesis alterada de  $\beta$ lipoproteína produce esteatosis hepática. La secreción de insulina está estimulada y la adrenalina y cortisol disminuida.

La movilización de grasas y liberación de aminoácidos a partir del músculo están disminuidos. Hay una pobre respuesta de la insulina tras la sobrecarga de glucosa (déficit de cromo).

En la deficiencia proteica grave hay alteración enzimática adaptativa en hígado, aumento de los aminoácidos-sintetasas y disminución de la formación de urea, conservando así el nitrógeno y reduciendo sus pérdidas por orina. La tasa de síntesis y catabolismo están disminuidas. La albúmina pasa del compartimiento extravascular al intravascular produciendo disminución de la concentración de albúmina plasmática y como consecuencia, disminución de la presión oncótica y edema. En la deficiencia proteica grave hay alteraciones del crecimiento, de la respuesta inmunitaria, de la reparación tisular y de la producción de enzimas y hormonas, cuadro 2.

## Cuadro # 2. Cuadro clínico del Kwashiorkor<sup>16</sup>

Mayor frecuencia en lactante mayor y pre-escolar.  
Aspecto de extrema miseria.  
Apatía mental, tristeza, nunca sonríen, indiferentes.  
Generalmente está encogidos, friolentos, con fotofobia en la oscuridad. Permanecen postrados sobre la cama.  
Existe gran enflaquecimiento del tórax y segmentos proximales de los miembros y edema de los segmentos distales.  
A veces anasarca, que llega incluso al edema escrotal.  
La piel es áspera, seca, fría, sin brillo, con descamación, melanosís, lesiones pelagrosas, eritema, despigmentación con hiperpigmentación de los bordes.  
Los cabellos son finos, secos, quebradizos, fácilmente se caen (alopecia).  
Las uñas finas, quebradizas, sin brillo, con poco crecimiento.  
Las mucosas de color rojo vivo, lesiones de las encías, labios rajados sangrantes y atrofia papilar.  
Los ojos presentan manchas de Bitot, opacificación y ulceración de la cornea, pus e inflamación.  
Los huesos con osteoporosis, edad ósea retardada.  
Existe retardo neuro-psicomotor, atrofia cortical, retraimiento o irritabilidad y otras alteraciones neuronales.  
Además sintomatología general con hepatomegalia, hipotensión, termolabilidad, vómitos y diarrea persistente.  
Por exámenes de laboratorio se demuestra, hipoalbuminemia de las fracciones alfa y beta globulinas, disminución de la inmunidad celular y del sistema de complemento.

### Kwashiorkor-marasmático

Es la desnutrición mixta por carencia global, calórica proteica (desnutrición por hambre). Es una desnutrición de 3er. grado con características clínicas de los dos tipos de desnutrición. Es frecuente observar en nuestro medio.

El cuadro # 3 menciona las diferencias importantes entre ambos cuadros de desnutrición.

Cuadro de control de la desnutrición debe incluir, por lo tanto, una combinación de ambas intervenciones.

De todas las opciones a nuestro alcance, la estrategia de atención integrada al continuo al curso de la vida, es la que tiene un mayor potencial para mejorar la situación nutricional. <sup>7</sup>La estrategia del continuo de la vida. recomienda los siguientes pasos para el manejo del niño desnutrido:

- Verificación prácticas nutricionales y corregirlas en caso necesario.
- Dar orientación nutricional.
- Administrar suplementos vitamínicos y minerales:

Administrar Vitamina A

Dar chispitas nutricionales de 6 meses a dos años.

Dar jarabe de hierro a niños mayores de 2 años de edad

Administrar zinc de acuerdo a la edad

Enseñar del alimento terapéutico ATLU

- Otras medidas

Evaluar desarrollo psicomotor

Evaluar salud oral

Indicar a la madre cuando volver de inmediato.

- Desnutrición grave o anemia grave
- Anemia o peso bajo
- No tiene anemia ni peso bajo

### **Diagnóstico de la desnutrición**

El marasmo debe diferenciarse clínicamente con la progeria y con el hipotiroidismo. El aspecto clínico de los niños desnutridos es muy claro para catalogarlos en los diferentes tipos. Los exámenes complementarios deben permitir la determinación del grado de anemia, del déficit proteico global y de la hipoalbuminemia en forma específica. Algunos autores recomiendan la determinación de glucemia al ingreso de los niños con cuadro severo de desnutrición y atención de urgencia de su cuadro infeccioso, de su desequilibrio electrolítico y metabólico, para lo que se precisan los exámenes complementarios pertinentes, como gasometría arterial, electrolitemia, cultivos, hemograma y otros cuadros según la complicación asociada.

congénito en lactantes con falla del medro.

En kwashiorkor se puede confundir con diferentes patologías que presentan síndrome edematoso, tales como el síndrome nefrótico, insuficiencia cardíaca, hepática, etc.

<sup>8</sup>Dado que el estado nutricional de los niños y niñas está estrechamente asociado a su morbilidad y

mortalidad, en la **ENDSA 2008** se incluyó un módulo de antropometría en el cual se obtuvo el peso y la talla

de las madres y sus niños y niñas que nacieron después de enero del 2003, siguiendo las normas

internacionales y utilizando instrumentos de precisión.

Utilizando las mediciones de peso y talla se han calculado los siguientes índices:

□ Talla para la edad o desnutrición crónica. Los niveles de desnutrición crónica, es decir, retardo

en el crecimiento en talla para la edad, se determina al comparar la talla del niño/niña con la

esperada para su edad y sexo. Los niveles de desnutrición crónica en quienes están próximos a

cumplir los cinco años (48-59 meses, por ejemplo), son un indicador de los efectos

acumulativos del retraso en el crecimiento.

□ Peso para la talla o desnutrición aguda (emaciación). El peso para la talla es un indicador de

desnutrición reciente, conocido también como desnutrición aguda o emaciación, que mide el

efecto del deterioro en la alimentación y de la presencia de enfermedades en el pasado

inmediato. Se diría que obedece a situaciones de coyuntura.

□ Peso para la edad o desnutrición global (o general). El peso para la edad es considerado como

un indicador general de la desnutrición, pues no diferencia la desnutrición crónica, que se debería a factores estructurales de la sociedad, de la aguda, que corresponde a pérdida de peso reciente.

La evaluación del estado nutricional se hacía hasta

### **Tratamiento de la desnutrición leve y moderada**

Es necesario e importante el tratamiento oportuno, para evitar complicaciones futuras, debe individualizarse cada caso y en general el tratamiento es ambulatorio. Se sugiere el siguiente tratamiento. Cuadro # 4

<b>Cuadro # 4. Tratamiento de la desnutrición leve y moderada<sup>14</sup></b>
<b>NUTRICION</b> Recibir 3 comidas diarias y 2 meriendas Las comidas deben tener alimentos de los diferentes grupos de la pirámide alimenticia. Estimular al niño a que se siente a comer con el resto de la familia y adquiera buenos hábitos de alimentación. Recomendar todas las medidas higiénicas para la preparación de alimentos. Control periódico de peso, talla e individualización de cada paciente
<b>ESTIMULACIÓN</b> Debe incluirse un programa de estimulación para apoyar su recuperación.
<b>TRATAMIENTO DE PATOLOGÍAS ASOCIADAS</b> Las infecciones se deben tratar en forma oportuna con antimicrobianos. En ocasiones se necesita profilaxis antibacteriana o antiparasitaria. Tratar las deficiencias de micronutrientes. Ejercitar cuidado especial de los dientes y de la cavidad oral Educación nutricional, sanitaria y atención social al grupo familiar Administrar inmunizaciones requeridas

## **Tratamiento de la desnutrición grave**

El año 1999 y 2000 en un esfuerzo conjunto de expertos nacionales en Bolivia se ha adaptado un “Protocolo de manejo del desnutrido grave complicado” presentado en febrero de 2004, para normalizar el tratamiento en todo el territorio boliviano. El tratamiento es hospitalario y a continuación se describen las normas sugeridas para su manejo. Cuadro # 5

### Cuadro # 5. Tratamiento para desnutrición grave

#### **Pronóstico y prevención**

La mortalidad de la desnutrición es alta y en algunos lugares mayor a 20%, siendo la mayoría de las muertes durante los primeros días de internación. Si el tratamiento se realiza a principios del curso de un kwashiorkor, los resultados generalmente son buenos. El tratamiento de esta enfermedad en sus etapas avanzadas puede mejorar la salud general del niño, pero éste puede presentar problemas físicos y discapacidades intelectuales permanentes.

La desnutrición se puede prevenir mejorando el entorno del niño y favoreciendo el adecuado aporte de alimentos, fomentando la lactancia materna y mejorando las políticas de salud dirigiéndolas a una detección precoz de cualquier modificación en los valores antropométricos.

El problema de la desnutrición es de magnitud global y gran importancia por sus efectos negativos en el desarrollo del ser humano, sobre todo en el niño y la madre embarazada. A continuación y por la importancia que reviste la desnutrición, resumimos algunas conclusiones emanadas del informe anual de UNICEF del año 2005, que se traza como meta, erradicar la pobreza extrema y el hambre como primer objetivo del “Desarrollo del Milenio”. El hambre es consecuencia y causa de la pobreza infantil. La segunda meta del objetivo es reducir a la mitad el número de personas que padecen hambre, utilizando como indicador de progreso el porcentaje de niños que presentan bajo peso al nacer.

Mientras no se ponga fin a la desnutrición infantil, será sumamente difícil cumplir cualquiera de los objetivos de desarrollo del milenio.

### **9Programa Multisectorial Desnutrición cero**

El objetivo del PMDC es contribuir a erradicar la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años priorizando a los menores de 2 años.

El PMDC tiene en marcha diversas estrategias, como el incentivo a la Lactancia Materna (Inmediata, Exclusiva y Prolongada), Alimentación Complementaria, Suplementación con micronutrientes (Hierro y Vitamina A"), consumo de alimento complementario Nutribebé, Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la infancia y Nutrición (AIEPI-NUT), creación de Unidades de Nutrición Integral (UNI), implementación del Sistema de Vigilancia Nutricional Comunitario (SVIN), Incentivo Municipal (Dotación de 350.000 Bs a 155 municipios priorizados por el PMDC), acciones que repercuten en al ámbito multisectorial, debido a que los factores que predisponen a cursar con Desnutrición Crónica están en relación a determinantes sociales y de salud. El 2008 se inició con la dotación del alimento complementario Nutribebé para niñas y niños menores de 2 años, alcanzando al 2015 una cobertura de entrega de 92% de municipios. Se cuentan con 3 reglamentos actualizados de fortificación de alimentos de consumo: sal fortificado con yodo, harina de trigo fortificado con hierro y mezcla de vitaminas del complejo B y aceite vegetal fortificado con vitamina A. El 2013 se elaboraron las guías alimentarias en el ciclo de la vida.

Para el 2015 se disponen de 159 Unidades de Nutrición Integral (UNI) ubicadas en 144 municipios del país (brazo operativo a nivel municipal). Ese año se elaboró y presentó el anteproyecto de Ley de Promoción de Alimentación Saludable con el objeto de luchar contra la epidemia mundial de sobrepeso y obesidad.

Prestar atención al problema de la deficiencia de micronutrientes, importante factor que contribuye al bajo peso al nacer, ha sido decisivo para avanzar hacia

el cumplimiento de las metas del desarrollo del Milenio. La carencia de vitaminas y minerales es un problema de salud que afecta a 2.000 millones de personas en el mundo entero. Las más vulnerables son las mujeres gestantes, lactantes y los niños pequeños, debido a que sus requerimientos de vitaminas y minerales son mayores y a que son más susceptibles a las consecuencias perniciosas que representa su carencia.

Algunas de las implicaciones directas y positivas para todos los objetivos de desarrollo del Milenio son las siguientes: consumir cantidades adecuadas de yodo puede reducir los índices de pobreza y mejorar el rendimiento escolar; la administración de suplementos de vitamina A tiene efectos directos sobre la salud de los niños; la administración de múltiples micronutrientes reviste una importancia extraordinaria para las mujeres en edad de concebir e influye favorablemente en su salud durante el embarazo, en su supervivencia durante el parto y en el peso del bebé al nacer, así como también en su salud durante la lactancia.

<sup>10</sup> Comida sana. Cereales, quinua soya, maíz, trigo, cebada, avena, amaranto, amaranto cuscús, centeno, sésamo etc.

Legumbres: haba, arveja, garbanzo, lenteja, frijoles, (poroto), mani, palmito etc.

Frutas: naranja, lima, limón, pomelo, durazno, damasco, cereza, ciruela, frutillas, guayaba, kiwi, manzana, pera, higo, papaya, etc, y frutas secas.

Verdaderas y hortalizas: lechuga, acelga, espinaca, brócoli, cebolla, zanahoria espárragos, papa, camote, oca, tomate etc.

Descolonización de la alimentación es recuperar el sistema alimenticio de los pueblos indígena originario campesinos, volver a comer los alimentos en estado natural. Nuestros antepasados comían variedad cereales, granos, legumbres, hortalizas frutas, verduras. Y no conocían la comida chatarra. antes el mote, el charque, la lawa, el tostado de trigo/maíz, el pito de cebada y otros alimentos

sanos decían los ciudadanos colonizados: eso es “comida Indio” la quinua decían que era solo para cerdos, Y que el fideo, los fritos, las carnes con mucha grasa, la comida enlatada, procesada, eran y son considerados “comida citadina” o comida moderna de gente culta .

Ahora recién se están dando, cuenta que la comida de los indios había sido mas sano para nuestra salud.

A eso se llama descolonización de salud “saber alimentarse”, recuperando los alimentos que comían nuestros ancestros.

### **3. RELACION DEL PROYECTO DE INTERVENCION CON LINEAMIENTOS DE LA POLITICA**

Los proyectos pueden ser definidos como la unidad mínima de asignación de recursos para el logro de uno o más objetivos específicos. De forma agregada, constituyen el punto de partida más adecuado para formular apreciaciones sobre los programas. Los proyectos deben tener una población objetivo definido en función de la necesidad que se pretende satisfacer, una localización espacial y tiempos de inicio y finalización predefinidos.

Al ser las políticas públicas procesos deliberadamente diseñados y planificados, con objetivos, cursos de acción y lineamientos establecidos, que demandan una variedad de recursos y requieren la interacción entre actores políticos y sociales, podemos afirmar: la política pública se define como un curso de acción de la gestión pública que institucionaliza la intervención pública en respuesta a un problema social identificado como prioritario, y que se convierte de esta manera en materia de política de Estado.

La constitución Política del Estado Plurinacional reconoce el derecho a la salud para las personas, dentro de los artículos referidos a la salud se pueden destacar

<sup>11</sup>Derecho a la vida y a la integralidad física, psicológica y sexual, sin violencia (Art. 15)

- La Salud como un Derecho Fundamental para todos (Art. 18)
- Acceso gratuito de la población a servicios de salud (Art. 35)
- Sistema Único de Salud incluyente de las medicinas tradicionales (Art. 35)
- Acceso al Seguro Universal de Salud y ejercicio de los servicios (Art. 36)
- Obligación de Estado a garantizar y sostener el derecho a la salud (Art. 37)
- Priorización de la promoción de la salud y prevención de enfermedades (Art. 37)
- Vigilancia de la calidad de atención (Art. 39)
- Participación de la población en la toma de decisiones y gestión del sistema (Art. 40)
- Acceso a los medicamentos, priorizando los genéricos (Art. 41)

La Constitución Política del Estado Plurinacional, también reconoce el aspecto intercultural de las comunidades, reflejado en los siguientes artículos:

- Bolivia se constituye en un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario (Art 1)
- Son idiomas oficiales del Estado el castellano y todos los idiomas de las naciones y pueblos indígena originario campesinos (Art 5, I)
- Garantizar el bienestar, el desarrollo, la seguridad y la protección e igual dignidad de las personas, las naciones, los pueblos y las comunidades, y fomentar el respeto mutuo y el diálogo intracultural, intercultural y plurilingüe (Art 9, 2)

Las enfermedades no transmisibles tienen vínculo directo con la Constitución Política del Estado Plurinacional, regidos bajo las normas de atención dentro del Programa Nacional de Enfermedades no Transmisibles y dentro de la Política SAFCI , enmarcado en la Ley N° 475 Ley de Prestaciones de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia.

Que el párrafo I del artículo único del decreto supremo N 1254 del 13 de junio del 2012 que modifica el artículo 2 del decreto supremo N28667 del 5 de abril del 2006, señala que el CONAN tiene por objeto impulsar y coordinar la participación de las instituciones del sector público y de la sociedad civil en la elaboración de política de alimentación y nutrición, así como la difusión, seguimiento e implementación de programas de alimentación y nutrición culturalmente apropiados para todo el ciclo de vida, orientada a la realización del derecho a la alimentación adecuada.

La política de alimentación y nutrición en el marco de saber alimentarse para vivir bien basándose en los siguientes principios fortalecimiento de la base productiva y económica familiar campesina, indígena originaria, y afro descendiente. El estado privilegia los sistemas productivos de las y los pequeños productores como el centro de la estrategias del saber alimentarse para vivir bien y el marco del respeto a la diversidad e identidad cultural de las y los productores rurales tanto en la producción, transformación y acceso, comercialización y el consumo del alimento, el desarrollo de dinámicas de interculturalidad y de complementariedad de conocimientos e intereses productivos.

Ley 300 Marco de La Madre Tierra y Desarrollo integral para Vivir Bien, asume como prioridad los siguientes aspectos: acceso a la tierra y territorio con agua, buena producción, el manejo y control de los riesgos ambientales, climáticos y la contaminación, la producción la contaminación la producción, transformación y transformación de una diversidad de productos.

La ley 775 debe ser aplicada alimentación saludable:

Capítulo II promoción de hábitos alimentarios saludables y fomento de la actividad física los ministerios correspondientes establecerán los lineamientos generales para promocionar a través de los medios de comunicación, las ventajas de actividad física, alimentación saludable y consumo de alimentos naturales de alto valor nutritivo revalorizando los alimentos locales. El ministerio

de salud, en coordinación con entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias, reglamentando e implementando lo dispuesto en esta ley.

Artículo 11 promociones de alimentos saludables.

Las instituciones públicas y privadas que cuenten con comedores o servicios de alimentación, deberán fomentar y ofertar alimentos y preparaciones saludables para el personal dependiente.

- I. Los gobiernos autónomos Municipales controlarán y fiscalizarán a los comedores o servicios de alimentación, para que esto oferten y brinden alimentos saludables.
- II. El ministerio de cultura y turismo promoverá, coordinará con los ministerios de comunicación, de desarrollo productivo y económico plural, y de desarrollo rural y tierras y tierras la gastronomía boliviana saludable, en el marco de la descolonización de la alimentación.

#### **Pilar 8. Soberanía alimentaria a través de la construcción del saber alimentarse para Vivir Bien**

En parte nos exige ampliar nuestro enfoque en la promoción de la salud, pero debiera inducirnos a una mayor coordinación con el sector educación, a quien le compete educar; ello requiere un cambio de timón a la Ley Avelino Siñani que sólo identifica la producción como objetivo educativo general.

Meta 5: Bolivia ha puesto en marcha programas intersectoriales en el marco de la Política de Alimentación y Nutrición.

#### **PILAR 8: SOBERANÍA ALIMENTARIA META 1: ELIMINAR EL HAMBRE, LA DESNUTRICIÓN Y REDUCIR LA MALNUTRICIÓN**

**RESULTADO 221: Se ha disminuido a 9% el porcentaje de niñas y niños menores de cinco años con desnutrición crónica.**

**RESULTADO 221: Se ha disminuido a 9% el porcentaje de niñas y niños menores de cinco años con desnutrición crónica**

### **<sup>12</sup>Pilar 8: Soberanía alimentaria**

Los alimentos son un elemento esencial de la vida, así como una parte central de las culturas, su identidad y espiritualidad que permite consolidar la comunidad como una entidad de diálogo con la Madre Tierra que garantiza la provisión de alimentos y la seguridad alimentaria para los pueblos. Este Pilar busca alcanzar la seguridad alimentaria con soberanía, a través de acciones que consideran las diferentes dimensiones de la alimentación, incluyendo el fortalecimiento de los factores de carácter sociocultural así como también la superación de las limitaciones socioeconómicas en el consumo de alimentos, incluyendo el poder adquisitivo, la accesibilidad y calidad de los alimentos, y el desarrollo de un sistema productivo fuerte, en el marco del cumplimiento del derecho a la alimentación.

## 8.1. Alimentación y Nutrición

La malnutrición tiene como factor determinante la mala alimentación, incluyendo la sobrealimentación. El Plan plantea el desafío de eliminar el hambre, la desnutrición y el sobrepeso, promoviendo que todas las personas tengan acceso a dietas más saludables.

Los Resultados esperados al 2020 son los siguientes:

### **META**

Meta 1:

Eliminar el hambre, la desnutrición y reducir la malnutrición.

### **RESULTADOS**

1. Se ha disminuido a 9% el porcentaje de niñas y niños menores de cinco años con desnutrición crónica.
2. Se ha reducido a 10% la población con subalimentación.
3. Se ha disminuido a 30% la prevalencia de niños con anemia.
4. Se ha reducido a 3,5% de niñas y niños con sobrepeso u obesidad.
5. Se ha reducido a 35% el

porcentaje de mujeres con sobrepeso u obesidad.

6. Se promoverá el aumento de la lactancia materna exclusiva a 84%.

#### **4.JUSTIFICACION DEL PROYECTO**

A partir de 2006 Bolivia retoma su soberanía y dignidad donde los bolivianos tienen el orgullo de haber nacido en Bolivia El primer periodo la aprobación de la constitución política del estado el 2do periodo se inicia el 2010 el reencuentro de Bolivianos y Bolivianas donde se empieza a construir el nuevo estado plurinacional hacia el horizonte de vivir bien el tercer periodo el gobierno está orientado a consolidar al estado plurinacional revalorizar democrática cultural un estado integral y de vivir bien que es nuestro horizonte en busca de la descolonización.

La desnutrición crónica es uno de los problemas más apremiantes de la población infantil en Bolivia. Las condiciones sociales, políticas y económicas no han permitido erradicar este flagelo y actualmente es una de las prioridades para el sistema de salud.

En nuestro país la desnutrición es un problema que afecta a diferentes poblaciones de nuestros departamentos provincias y municipios.

La alta prevalencia de desnutrición crónica hace que se tomen acciones enmarcadas en disminuir la alta prevalencia de desnutrición crónica, afectando a la mayoría de los municipios en Cochabamba como ser Sipe Sipe.

Por lo que se pretende descolonizar la salud y la alimentación aplicando el pensamiento ABYA-YALA <sup>13</sup> Recuperar y practicar los principios y saberes ancestrales de los pueblos indígenas originarios de Abia – Yala aplicando el pensamiento ancestral intercultural.

Revalorizando nuestros alimentos ancestrales para incidir en la disminución de la desnutrición crónica en niños y niñas menores de 5 años del municipio. El presente proyecto pretende dar 1. Taller de capacitación al personal de salud médicos de planta, enfermeras “Médicos proyecto MI SALUD”

2. Charlas de nutrición revalorizando nuestros productos ancestrales locales de alto valor nutritivo.

Dirigida a:

-a madres y padres de familia de niños con desnutrición crónica y desnutrición moderada y grave.

- alumnos de 6 to grado de secundaria.

- mujeres de las diferentes OTBs del municipio de Sipe Sipe

3. Clases de cocina utilizando sus frutas verduras y cereales de su producción. Taller de capacitación sobre alimentación saludable ley 775.

Dirigida a :

-a madres y padres de familia de niños con desnutrición crónica y desnutrición moderada y grave.

- alumnos de 6 to grado de secundaria.

- mujeres de las diferentes OTBs del municipio de Sipe Sipe

4. Difusión por medios masivos de comunicación

Programa de tv de cultura gastronómica en quechua

Spot publicitarios sobre alimentación saludable

5. Feria culturalmente gastronómica de la ñawpa manca mi juna

6. Guía de autoaprendizaje de nutrición revalorizando nuestros productos ancestrales. **Metodología**

<sup>14</sup>Se elaboraron las Guías Alimentarias para Bolivia de acuerdo a la metodología propuesta por la OPS/OMS-FAO y el INCAP que comprende ocho pasos:

**PASO 1** Conformación del comité intersectorial de las guías alimentarias,  
Talleres diagnóstico de situación alimentación, nutrición y salud Priorización de  
problemas

Nutricionales, Definición de objetivos Elaboración final de las guías Selección  
del icono y ajuste a mensajes Validación de mensajes e iconos ó gráficas  
Elaboración

de mensajes de las guías alimentarias.

De esta manera lograríamos incidir en la desnutrición crónica y no solamente en la crónica si no también en la moderada y severa. Como sabemos que la causa más frecuente de la desnutrición es una mala alimentación consumiendo alimentos no saludables COMIDA CHATARRA, por lo que se pretende informar a la población se Sipe Sipe y de esta manera lograr revalorizar nuestros productos ancestrales de alto contenido nutricional de esta manera lograríamos disminuir la prevalencia de desnutrición crónica.

## **5.ANALISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR**

Que el párrafo I del artículo único del decreto supremo N 1254 del 13 de junio del 2012 que modifica el artículo 2 del decreto supremo N28667 del 5 de abril del 2006, señala que el CONAN tiene por objeto impulsar y coordinar la participación de las instituciones del sector público y de la sociedad civil en la elaboración de política de alimentación y nutrición, así como la difusión, seguimiento e implementación de programas de alimentación y nutrición culturalmente apropiados para todo el ciclo de vida, orientada a la realización del derecho a la alimentación adecuada.

La política de alimentación y nutrición en el marco de saber alimentarse para vivir bien basándose en los siguientes principios fortalecimiento de la base productiva y económica familiar campesina, indígena originaria, y afro descendiente. El estado privilegia los sistemas productivos de las y los pequeños productores como el centro de la estrategias del saber alimentarse para vivir bien y el marco del respeto a la diversidad e identidad cultural de las y los productores rurales tanto en la producción, transformación y acceso,

comercialización y el consumo del alimento, el desarrollo de dinámicas de interculturalidad y de complementariedad de conocimientos e intereses productivos.

Las acciones de prevención en salud se constituyen en un pilar fundamental desde dos ópticas: una en relación a la prevención de morbimortalidad por una determinada patología y dos la reducción de gasto en salud tanto por el estado y la población en relación a tratamiento de patologías ya complicadas.

Las medidas que pretendemos implementar a través del Proyecto es la de lograr hábitos saludables en la alimentación en el Municipio de Sipe Sipe la prevalencia de desnutrición crónica ya que se tiene las siguientes determinantes población en proceso de transculturación, con malos hábitos alimentarios procesos que trajo la colonización..

La desnutrición es un problema de Bolivia existe una prevalencia del 13.92 % en menores de 5 años datos obtenidos del sistema nacional de salud SNIS 2016 )de desnutrición crónica el año 2014 se logro el 17.10% y el 20115 fu 15.42 todos menores de 5 años.

En el municipio de Sipe Sipe la prevalencia de desnutrición crónica es del 12% datos obtenidos del SOAP situándose en el séptimo lugar de las 10 primeras enfermedades prevalentes del municipio de Sipe Sipe. Anexos. VER Tabla # 10

La organización de las naciones unidas para la alimentación y la agricultura FAO <sup>15</sup> Señala en su informe panorámico la seguridad alimentaria y nutricional del 2016. Que hay políticas para reducir el índice de desnutrición en América Latina y el Caribe entre estos menciona la modificación de la oferta y demanda de los alimentos para que estos contengan alto valor nutricional fortificado y enriquecido en alimentos saludables. El programa mundial de la alimentación <sup>16</sup>El Programa mundial de Alimentos atreves del director de América Latina y el Caribe Miguel Barreto alerto insto a generar programas contra el hambre que fomentan al consumo de productos locales sanos que no afectan la economía.

La desnutrición no solo se trata de mala ingesta de alimentos o producto de enfermedades sino constituye varios problemas, sociales, económicos y culturales, educativos y medioambientales por lo que las acciones no solo deben quedarse en el niño sino trascender a la familia y su entorno.

La Colonización costumbres culturales de nuestros colonizadores y factores de transculturación el cambio de nuestros alimentos ancestrales altamente nutritivos por alimentos nada nutritivos, el desconocimiento de los alimentos saludables por madres de familia, constituye un problema apremiante de la población infantil de Bolivia Cochabamba y del municipio de SIPE Sipe.

La población de Sipe Sipe población altamente agrícola, productora de alimentos, entre ellos gran variedad de verduras, legumbres, a la vez zona productora de lácteos. Existiendo criaderos de conejos, patos; por sus características que presenta esta población si se lograra incidir con la alimentación saludable y la revalorización de nuestros productos ancestrales y de esta manera lograr disminuir la alta prevalencia de desnutrición.

## **6, ANALISIS DE LOS ACTORES**

### **BENEFICIARIOS DIRECTOS**

Se beneficiaran todos los niños menores de cinco años con desnutrición crónica del municipio de Sipe Sipe , todas las madres de niños con desnutrición crónica y alumnos de 6to de secundaria del municipio de Sipe Sipe

### **BENEFICIARIOS INDIRECTOS**

Los beneficiados indirectos serán todas las familias de los capacitados en alimentos saludables recobrando el uso de nuestros alimentos ancestrales.

#### **6.1 OPONENTES**

Vendedores de comida no tradicional, personas que pugnan por diferencias alimentación no saludable

#### **6.2 AFECTADOS**

Las clínicas privadas, farmacias, laboratorios privados.

## **7. CONTEXTO O LUGAR DE INTERVENCION**

Área de Sipe Sipe

## **8. ESTRUCTURA DE OBJETIVOS**

### OBJETIVO GENERAL

CONTRIBUIR CON LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS CON LA REVALORIZACION DE PRODUCTOS ANSESTRALES DEL MUNICIPIO DE SIPE SIPE

### OBJETIVO ESPECIFICO

REDUCIDA LA PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON REDUCIDA LA PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON LA REVALORIZACION DE PRODUCTOS ANSESTRALES EN EL MUNICIPIO DE SIPE SIPE

LA REVALORIZACION DE PRODUCTOS ANSESTRALES EN EL MUNICIPIO DE SIPE SIPE

## **9. RESULTADOS.**

R.1. Personal de salud del municipio de Sipe Sipe conoce las ventajas de la alimentación saludable con productos ancestrales y conocimiento de la ley 775.

R.2. Madres y padres de familia de niños desnutridos del municipio de Sipe Sipe conoce las ventajas de la alimentación saludable con productos ancestrales y conocimiento de la ley 775.

R.3. Madres y padres de familia de las diferentes otbs del municipio de Sipe Sipe conoce las ventajas e inicia prácticas de la alimentación saludable con productos ancestrales y conocimiento de la ley 775.

R.4.Alumnos de 6to de secundaria de los diferentes establecimientos educativos del municipio de sipe sipe con conocimiento sobre alimentación saludable con productos ancestrales con conocimiento de la ley 775

## **10. ACTIVIDADES**

1. Taller de capacitación sobre alimentación saludable revalorizando nuestros productos ancestrales y ley 775 personal de salud.
2. Taller de capacitación sobre alimentación saludable revalorizando nuestros productos ancestrales y ley 775 madres y padres de familia de niños con desnutrición.
3. Taller de capacitación sobre alimentación saludable revalorizando nuestros productos ancestrales y ley 775 a padres y madres de familia de las diferentes otbs.
4. Taller de capacitación sobre alimentación saludable revalorizando nuestros productos ancestrales y ley 775 a alumnos de 6to de secundaria.
5. Difusión por medios masivos de comunicación alimentos saludables revalorizando nuestros productos ancestrales.

5. Spot publicitarios sobre alimentación saludable

## **11. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS**

Se reduce la Incidencia de la desnutrición crónica de niños y niñas en un 10%

El 30% de las madres de familia incorpora productos ancestrales en su dieta diaria al menos una vez al día al final del proyecto.

30% de la población de Sipe Sipe capacitados con conocimientos de la ley 775.

El 95% del personal de salud capacitado

30% del total de alumnos del 6to de secundaria del municipio de Sipe Sipe capacitados.

## **12.FUENTE DE VERIFICACION**

- Datos estadísticos del Centro Integral de Sipe Sipe sacados del sistema de SOAP

- Se realizaran las encuestas CAP, personal de salud, padres de familia y alumnos de 6to de secundaria.

-Informes trimestrales de ejecución

## **12.SUPUESTO**

- Se ha logrado reducir la prevalencia de los niños con desnutrición crónica y se ha logrado revalorizar del uso de los productos ancestrales.
- Las autoridades del municipio han gestionado y dispuesto fondos para la campaña
- Las autoridades municipales gestionan las capacitaciones al personal de salud , padres de familia de los niños desnutridos, padres de familia de las diferentes otbs y alumnos de 6to DE SECUNDARIA.

## **14.ANALISIS DE VIABILIDAD**

¿Cómo se que mi proyecto es viable?

Un estudio de mercado no define necesariamente la viabilidad de un proyecto, quien elabore el proyecto es quien debe estar con vencido de que su proyecto tendrá viabilidad, una vez que se hizo buen estudio al plantear el problema momento en el cual se aprueba o descarta el proyecto. El miedo al fracaso tiende a bloquear.

La desnutrición es un problema nacional que afecta a toda una población que representa el futuro de una nación.

El proyecto que propongo es reducir esta desnutrición teniendo una alimentación saludable utilizando nuestros productos ancestrales

## **15.ANALISIS DE FACTIBILIDAD**

La desnutrición y la pérdida del uso de nuestros productos ancestrales es un problema siendo una prioridad para el gobierno central para elaborar estrategias con inversión de presupuestos económicos altos esperando superar este problema a nivel nacional.

El presente proyecto tendrá intervención de fondo de orientación a nivel de las familias afectadas, familias en general de municipio, y alumnos de 6to de secundaria

- a. FACTIBILIDAD SOCIAL La desnutrición presente en muchas familias si es factible realizarlo la zona de Sipe Sipe es agricola ellos siembran para vivir
- b. FACTIBILIDAD CULTURAL/INTERCULTURAL población que aun mantiene sus usos y costumbres culturales existe un sistema de riego.
- c. FACTIBILIDAD ECONOMICA (PRESUPUESTO PUBLICO) incorporado en el plan municipal si es factible el proyecto
- d. FACTIBILIDAD DE GENERO  
Niños y Niñas presentan la prevalencia de desnutrición crónica.

## **15.ANALISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO**

El proyecto si es sostenible una vez ingresada al plan municipal este si es sostenible y ejecutado

## **16.IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO**

El impacto del proyecto muestra el valor que le dan los actores al apropiarse del proyecto y convertirlos en oportunidades de desarrollo individual y colectivo los beneficiarios del proyecto son los niños y niñas, población de Sipe Sipe

El impacto esperado disminución de la prevalencia de desnutrición logrando se lograría verificar con una población que recupera el uso de sus productos ancestrales.

## **17.FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO**

- Recursos financieros del gobierno central, y departamental
- Recursos municipales
- Presupuesto para la salud del municipio implementación en el plan municipal de salud POA 2018.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

<sup>1</sup> Ministerio de Salud, Dirección General de Planificación, Comité de Identidad y Publicaciones, La Paz 2016.

<sup>1</sup> ESTRATEGIA NACIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA NUTERCIONAL 2013 - 2021 Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional Julio, 2013

<sup>1</sup> Bolivia ministerio de salud y deportes. Dirección general de servicios de salud. Unidad de redes de salud y calidad. Normas nacionales de atención Clínica (NNAC) La Paz Prisa 2012.

<sup>1</sup> Tratado de pediatría de Nelson MANUEL Ferrero 13- 28 0 36 Madrid 2014

<sup>1</sup> Wikipqdia contenido disponible bajo la licencia de CCBYSA 3.0

<sup>1</sup> \* Facultad de medicina. Universidad " Nuestra Señora de la Paz". La Paz.

\*\* Pediatra Perinatólogo. Servicio de Neonatología. Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría"  
Dirección: [dmurisa@hotmail.com](mailto:dmurisa@hotmail.com)  
Teléfono: 2790690

<sup>1</sup> Estado plurinacional de Bolivia ministerio de salud y deportes. Unidad de redes de servicios de salud y Calidad. atención integrada al curso de la vida a niñas y niños menores de 5 años La Paz OPS/OMS – MSD 2013 publicación técnica N°240.

<sup>1</sup> Ministerio de Salud y Deportes (MSD), Programa Reforma de Salud (PRS), Instituto Nacional de Estadística (INE) y Macro International. 2009. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA 2008*. La Paz, Bolivia: MSD, PRS, INE y Macro International.

<sup>1</sup> Plan sectorial de desarrollo para vivir bien 2015-2020 **La Paz: Dirección General de Planificación - Comité de Identidad Institucional y de Publicaciones - Ministerio de Salud 2016**

<sup>1</sup> Ministerio de culturas y turismo visiministerio de descolonización dirección general de administración publica plurinacional, unidad de políticas y gestión de descolonización con entidades territoriales autónomas. Carlos Rocha Tamares .Tercera Edición septiembre de 2016. La Paz Bolivia.

<sup>1</sup> Nueva constitución política del estado junto construyamos Bolivia. Asamblea constituyente Sucre Bolivia.

<sup>1</sup> Plan de Desarrollo económico y social, en el marco del desarrollo para el vivir bien 2016 - 2020

<sup>1</sup> "colonialismo y descolonización "Editado por Ministerio de Cultura y turismo Elaborado por Juan Carlos Rocha Tamares (investigador Quechua) tercera edición septiembre del 2016 La Paz Bolivia.

<sup>1</sup> Bolivia. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Alimentación y Nutrición.

Bases técnicas de las guías alimentarias para la población boliviana./Ministerio de Salud; Sonia Tarquino Chauca de Cruz; Magdalena Jordán de Guzmán; Albina Tórrez Illanes. coaut. La Paz: Editorial Quatro Hnos., 2013

<sup>1</sup> [WWW.pagina.siete.bo](http://WWW.pagina.siete.bo) 19 de marzo de 2017.

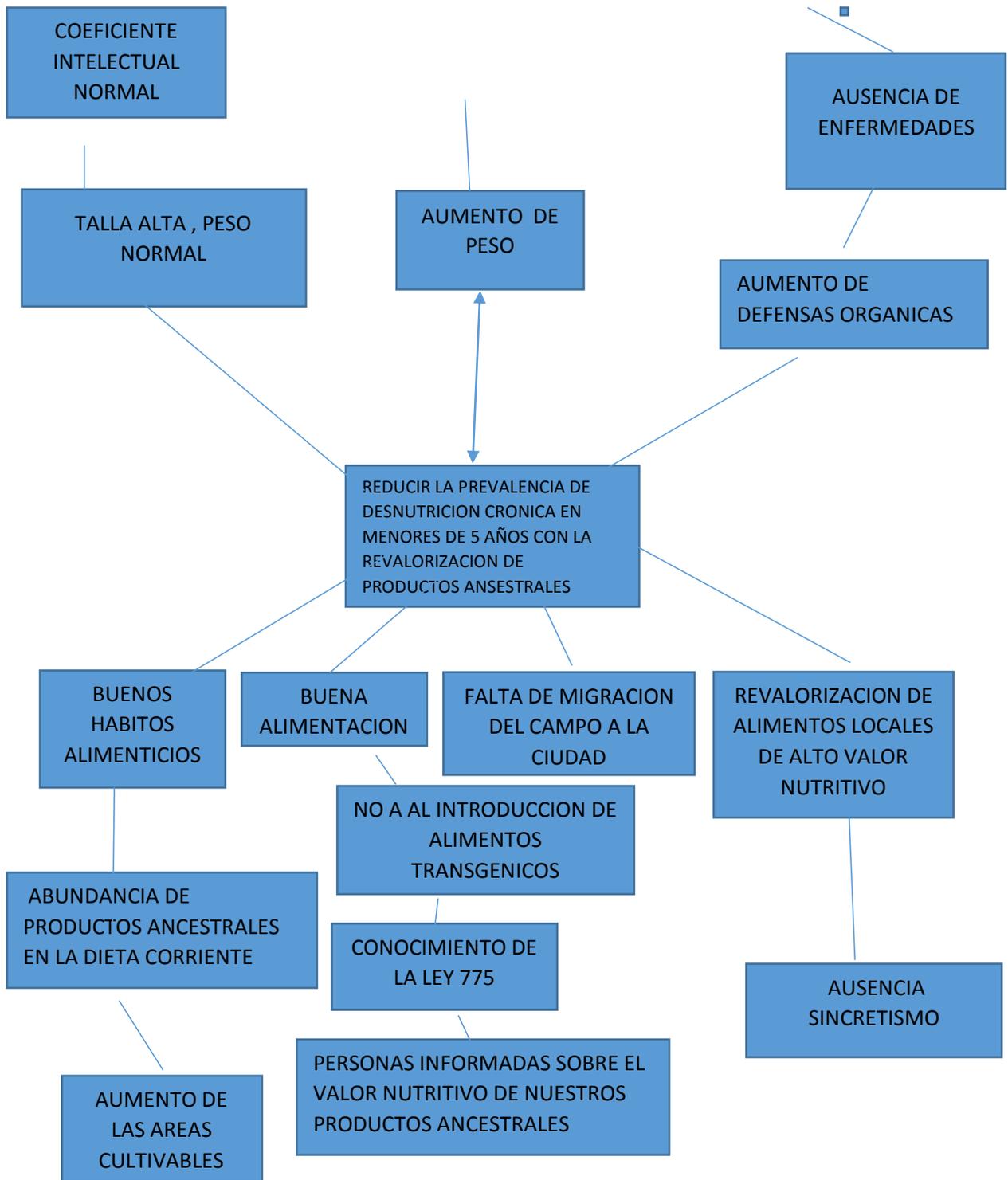
<sup>1</sup>

[pagina.siete.bo](http://WWW.pagina.siete.bo) lunes 16 de enero del 2017. La Paz

# ANEXOS

## ARBOL DE PROBLEMAS





## MARCO LOGICO

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTE	SUPUESTOS
<p>OBJETIVO GENERAL O FIN</p> <p>CONTRIBUIR EN LA REDUCCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL EN MENORES DE 5 AÑOS CON LA REVALORIZACION DE PRODUCTOS ANSESTRALES DEL MUNICIPIO DE SIPE SIPE.</p>	<p>Se reduce la Incidencia de la desnutrición crónica de niños/as el 10%</p>	<p>DATOS ESTADISTICOS DEL CENTRO INTEGRAL DE SIPE SIPE SACADOS DEL SOAP</p>	<p>SE HA LOGRADO REDUCIR LA PREVALENCIA DE LOS NIÑOS CON DESNUTRICION CRONICA Y SE HA LOGRADO REVALORIZAR LEL USU DE LOS PRODUCTOS ANSESTRALES</p>
<p>OBJETIVO ESPECIFICO</p> <p>REDUCIDA LA PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON LA REVALORIZACION DE PRODUCTOS ANSESTRALES EN EL MUNICIPIO DE SIPE SIEP</p>	<p>SE REDUCE LA INCIDENCIA DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA DE NIÑOS/AS EL 10 % SE LOGRA QUE LAS FAMILIAS INCORPORAN SUS PRODUCTOS ANSESTRALES EN SUN ALIMENTACION EL 30% DE FAMILIAS CAPACITADAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DATOS DEL SOAP</li> <li>• ENCUESTA CAP</li> <li>• ENCUESTA CAP</li> </ul>	<p>LAS AUTORIDADES DEL MUNICIPIO HAN GESTIONADO Y DISPUESTO FONDOS PARA LA CAMPAÑA</p>
<p>RESULTADOS</p> <p>R1. PERSONAL DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SIPE SIPE CONOCE LAS VENTAJAS DE LA ALIMENTACION SALUDABLE CON PRODUCTOS ANSESTRALES Y CONOCIMIENTO DE LA LEY 775.</p> <p>R2 MADRES Y PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS DESNUTRIDOS DEL MUNICIPIO DE SIPE SIPE CONOCE LAS VENTAJAS DE LA ALIMENTACION SALUDABLE CON PRODUCTOS ANSESTRALES Y CONOCIMIENTO DE LA LEY 775.</p> <p>R.3. MADRES Y PADRES DE FAMILIA DE LAS DIFERENTES OTBS DEL MUNICIPIO DE SIPE SIPE CONOCE LAS VENTAJAS E INICIA PRACTICAS DE LA ALIMENTACION SALUDABLE</p>	<p>EL 95 % DEL PERSONAL DE SALUD CAPACITADO</p> <p>EI 50% DE MADRES Y PADRES DE NIÑOS DESNUTRIDOS CONOCE LA VENTAJA DE LA ALIMENTCION CON PRODUCTOS ANCESTRALES Y LA LEY 775</p> <p>EL 50 % DE DE MADRES Y PADRES DE FAMILIA DE LAS DIFERENTES OTBS CONOCE LA VENTAJA DE LA ALIMENTACIÓN CON</p>	<p>SE REALIZARAN LAS ENCUEEN CAP AL PERSONAL DE SALUD</p> <p>SE REALIZARAN LAS ENCUESTAS CAP A LOS PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS CON DESNUTRICION</p> <p>SE REALIZARAN LAS ENCUESTAS CAP A LOS PADRES DE FAMILIA DE LAS</p>	<p>LAS AUTORIDAES MUNICIPALES GESTIONAN LAS CAPACITACIONES AL PERSONAL DE SALUD , PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS, PADRES DE FAMILIA DE LAS DIFERENTES OTBS Y ALUMNOS DE 6TO DE SECUNDARIA.</p>

<p>CON PRODUCTOS ANCESTRALES Y CONOCIMIENTO DE LA LEY 775.</p> <p>R4 ALUMNOS DE 6TO DE SECUNDARIA DE LOS DIFERENTES ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS DEL MUNICIPIO DE SIPE SIPE CON CONOCIMIENTO SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE CON PRODUCTOS ANCESTRALES CON CONOCIMIENTO DE LA LEY 775</p>	<p>PRODUCTOS ANCESTRALES Y LA LEY 775</p> <p>EL 30% DE LAS MADRES DE FAMILIA INCORPORA PRODUCTOS ANCESTRALES EN SU DIETA DIARIA AL MENOS UNA VEZ AL DIA AL FINAL DEL PROYECTO.</p>	<p>DIFERENTES OTBS</p> <p>ENCUESTAS CAP DE LOS ALUMNOS DE 6TO DE SECUNDARIA CON CONOCIMIENTOS EN DE LA BUENA ALIMENTACION CON PRODUCTOS ANCESTRALES</p>	
<p>ACTIVIDADES</p> <p>6. TALLER DE CAPACITACION SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE REVALORIZANDO NUESTROS PRODUCTOS ANCESTRALES Y LEY 775 PERSONAL DE SALUD.</p> <p>7. TALLER DE CAPACITACION SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE REVALORIZANDO NUESTROS PRODUCTOS ANCESTRALES Y LEY 775 MADRES Y PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS CON DESNUTRICION.</p> <p>8. TALLER DE CAPACITACION SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE REVALORIZANDO NUESTROS PRODUCTOS ANCESTRALES Y LEY 775 A PADRES Y MADRES DE FAMILIA DE LAS DIFERENTES OTBS.</p> <p>4. DIFUSIÓN POR MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN ALIMENTOS SALUDABLES REVALORIZANDO NUESTROS PRODUCTOS ANCESTRALES.</p> <p>6..SPOT PUBLICITARIOS SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE</p>	<p>EL CENTRO INTEGRAL DE SIPE SIPE CUENTA CON PERSONAL CAPACITADO REVALORIZANDO NUESTROS PRODUCTOS ANCESTRALES</p> <p>FAMILIAS DE NIÑOS DESNUTRIDOS CON INCORPORACION EN LA CANASTA FAMILIAR SUS PRODUCTOS ANCESTRALES.</p> <p>FAMILIAS DE LAS DIFERENTES OTBS CAPACITADAS EN LA ALIMENTACION SALUDABLE CON INCORPORACION DE ALIMENTOS ANCESTRALES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LISTA DE ASISTENCIA DEL PERSONAL DE SALUD CAPACITADO CON SUS FIRMAS Y CI.</li> <li>• LISTAS DE ASISTENCIA PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS DESNUTRIDOS CAPACITADOS CON SUS FIRMAS CI.</li> <li>• LISTAS DE ASISTENCIA DE LOS PADRES DE FAMILIA CON FIRMA Y CI. DE LAS DIFERENTES OTBS.</li> <li>• INFORMES TRIMESTRALES DE EJECUCION</li> </ul>	<p>SE A LOGRA QUE MUCHAS FAMILIAS INCORPORAN LOS ALIMENTOS ANCESTRALES Y SUS DIETAS Y CONOCINIEN TO DE LA ALIMENTACION SALUDABLE .EN EL MUNICIPIO DE SIPE SIPE</p>

## Conformación de los centros de salud en el municipio de Sipe Sipe

El Municipio de Sipe Sipe tiene 8 establecimientos de salud 3 de atención de 24 horas, 2 de atención de 6 horas, 2 de atención 8 horas y un puesto de salud

### CUADRO 1

Establecimientos de salud	HORAS DE ATENCION
CENTRO DE SALUD DE SIPE SIPE	24 HORAS
CENTRO DE SALUD DE MALLCO RANCHO	24 HORAS
CENTRO DE SALUD DE PAROTANI	24 HORAS
CENTRO DE SALUD DE MONTENEGRO	8 HORAS
CENTRO DE SALUD DE VINTO CHICO	6 HORAS
CENTRO DE SALUD DE PAYACOLLO	8 HORAS
El Municipio de Sipe Sipe tiene 8 establecimientos de salud 3 de atención de 24 horas, CENTRO DE SALUD DE ITAPAYA	6 HORAS
PUESTO DE SALUD DE UCHU UCHU	24 HORAS LUNES A VIERNES

### CUADRO 2

**Distribución de la población de Sipe Sipe por edad y sexo**

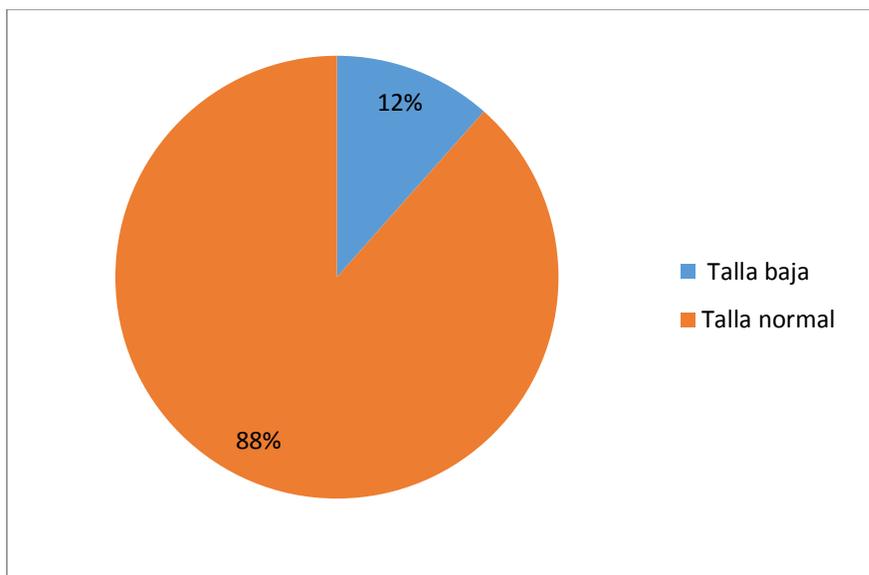
GRUPOS DE EDAD SIMPLE	MUJERES	%	HOMBRES	%	TOTAL MUNICIPIO SIPE SIPE
< de 1 Año	485	2,09%	490	2,17%	975
1-4 Años	1.939	8,36%	1.954	8,66%	3.893
5 A 9 Años	2.432	10,49%	2.477	10,98%	4.909
10 A 14 Años	2.439	10,52%	2.469	10,94%	4.908
15 A 19 Años	2.279	9,83%	2.282	10,11%	4.561
20 A 24 Años	2.116	9,13%	2.109	9,35%	4.226
25 A 29 Años	1.923	8,29%	1.931	8,56%	3.854
30 A 34 Años	1.721	7,42%	1.701	7,54%	3.422
35 A 39 Años	1.501	6,47%	1.461	6,47%	2.961
40 A 44 Años	1.255	5,41%	1.213	5,37%	2.467
45 A 49 Años	1.051	4,53%	995	4,41%	2.045
50 A 54 Años	898	3,87%	844	3,74%	1.742
55 A 59 Años	765	3,30%	704	3,12%	1.469
60 A 64 Años	663	2,86%	595	2,64%	1.259
65 a 69 años	538	2,32%	467	2,07%	1.005
70 A 74 Años	434	1,87%	360	1,60%	795
75 A 79 Años	312	1,35%	238	1,06%	551
Año_80 y mas	432	1,86%	277	1,23%	709
	23.184	100,00%	22.567	100,00%	45.751

### **CUADRO 3**

		TOTAL VARONES	TOTAL MUJERES	TOTAL GRAL
49. Desnutrición crónica	1G: Menor de 1 año	113	62	175
	2G: 1 a menor de 2 años	114	85	199
	3G: 2 a menor de 5 años	103	85	188
	Total	330	232	562
Población				4868

	TOTAL_GRAL	Porcentaje
Desnutrición crónica	562	12%
Talla normal	4306	88%
Población	4868	

#### DATOS OBTENIDOS DEL SOAP

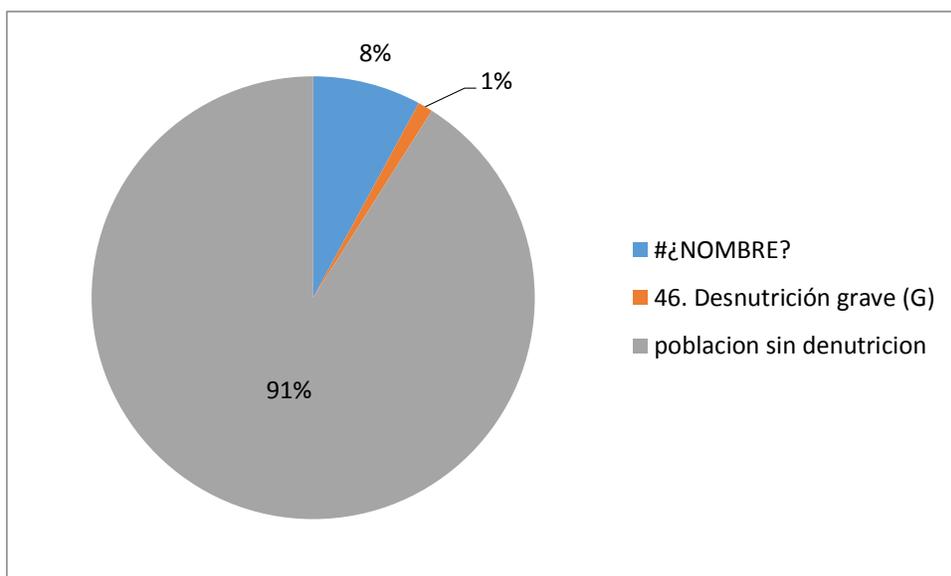


#### **CUADRO 4**

		TOTAL VARONES	TOTAL MUJERES	TOTAL GRAL
45. Desnutrición moderada (M)	1G: Menor de 1 año	66	43	109
	2G: 1 a menor de 2 años	84	76	160
	3G: 2 a menor de 5 años	66	50	116
	Total	216	169	385
46. Desnutrición grave (G)	1G: Menor de 1 año	18	5	23
	2G: 1 a menor de 2 años	11	8	19
	3G: 2 a menor de 5 años	9	2	11
	Total	38	15	53

#### **CUADRO 5**

POBLACION	385	8%
46. Desnutrición grave (G)	53	1%
población sin desnutrición	4430	91%
Población	4868	



En el área de Sipe Sipe se tuvo en la gestión 2016, 13201 desnutridos varones,

11531 desnutridas mujeres que representa un total de 24 732 de desnutrición.

### **Cuadro 6**

cronograma

ACTIVIDAD	TIEMPO EN MESES										
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
1. 1. TALLER DE CAPACITACION SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE REVALORIZANDO NUESTROS PRODUCTOS ANCESTRALES Y LEY 775 PERSONAL DE SALUD.						X					
2. TALLER DE CAPACITACION SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE REVALORIZANDO NUESTROS PRODUCTOS ANCESTRALES Y LEY 775 MADRES Y PADRES DE FAMILIA DE NIÑOS CON DESNUTRICION.							X				
2. TALLER DE CAPACITACION SOBRE ALIMENTACION								X	X	X	

N SALUDABLE REVALORIZA NDO NUESTROS PRODUCTOS ANCESTRALE S Y LEY 775 MADRES Y PADRES DE FAMILIA DE LAS DIFERENTES OTBS.											
DIFUSIÓN POR MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACI ÓN ALIMENTOS SALUDABLES REVALORIZA NDO NUESTROS PRODUCTOS ANSESTRALE S.						X	X	X	X	X	X
4. CLASES DE COCINA UTILIZANDO SUS FRUTAS VERDURAS Y CEREALES DE SU PRODUCCION INSITANDOLE S A LA PRODUCCION AGRICOLA A MADRES Y PADRES DE FAMILIA DE LOS NIÑOS CON DESNUTRICI ON.				X	X	X	X	X	X	X	X
5. DIFUSIÓN POR MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACI ÓN ALIMENTOS SALUDABLES REVALORIZA NDO NUESTROS PRODUCTOS ANSESTRALE S.				X	X	X	X	X	X	X	X
6.PROGRAMA DE TV DE CULTURA											

GASTRONOMIA EN QUECHUA											
7.SPOT PUBLICITARIOS SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE											
8. FERIA CULTURALMENTE GASTRONOMICA de la ñawpa manca mi juna											
9. GUIA DE ATOPRENDISAJE DE NUTRICION REVALORIZANDO NUESTROS PRODUCTOS ANCESTRALES.											
10. VALIDACION DEL INSTRUMENTO	X	X									
11. CONTRATACION DE CONSULTORES PARA VALIDACION	X										

## PLAN DE EJECUCION DEL PROYECTO

Esta fase se divide en tres momentos los cuales son:

**Ex-ante:** Esta se realizó a través de las herramientas que permitieron conocer la realidad de la comunidad e identificar el área de intervención.

**Concurrente:** Este proceso se implementara en la ejecución del proyecto, el cual permitió conocer el alcance de los objetivos, resultados e indicadores establecidos en el marco lógico.

**Ex-post:** Este proceso se realizara al finalizar el proyecto el cual permitió conocer los logros obtenidos con la ejecución del mismo, y saber si se llevaron a cabo los resultados y actividades establecidas en el marco lógico.

Mensualmente se presento un informe de las actividades realizadas durante el mes con sus fuentes de verificación respectivas.

Esta actividad se realizara una vez por semana en donde el medico de las charlas y talleres, a finales de mes se presentara en informe mensual y el cronograma de actividades para el próximo mes.

Esta actividad se realizara conforme vayan avanzando cada una de las actividades programadas en el marco lógico y ejecutado según el cronograma, esto permitirá transcribir las actividades y avanzar en la redacción del informe final. La entrega del informe final de práctica se realizara según la fecha establecida en dirección de área de salud.

Formulación del Plan Operativo Anual, en donde se determinaron las actividades que se realizaran durante un año, y permitirán el seguimiento de la organizaciones.

## **MONITOREO Y EVALUACION DEL PROYECTO**

El monitoreo y evaluación del proyecto se realizará durante todo el proceso de la ejecución del mismo, estos procesos permitirán conocer si las actividades se están 48

cumpliendo tomando en cuenta los indicadores verificables y comprobar el avance y los imprevistos que puedan surgir durante las diferentes actividades que se llevarán a cabo en cada una de las fases de la propuesta de intervención

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud, Dirección General de Planificación, Comité de Identidad y Publicaciones, La Paz 2016.

<sup>2</sup> ESTRATEGIA NACIONAL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA NUTERACIONAL 2013 - 2021 Comisión Multisectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional Julio, 2013

<sup>3</sup> Bolivia ministerio de salud y deportes. Dirección general de servicios de salud. Unidad de redes de salud y calidad. Normas nacionales de atención Clínica (NNAC) La Paz Prisa 2012.

<sup>4</sup> Tratado de pediatría de Nelson MANUEL Ferrero 13- 28 0 36 Madrid 2014

<sup>5</sup> Wiquipqdia contenido disponible bajo la licencia de CCBYSA 3.0

<sup>6</sup> \* Facultad de medicina. Universidad " Nuestra Señora de la Paz". La Paz.

\*\* Pediatra Perinatólogo. Servicio de Neonatología. Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría"

Dirección: [dmurisa@hotmail.com](mailto:dmurisa@hotmail.com)

Teléfono: 2790690

<sup>7</sup> Estado plurinacional de Bolivia ministerio de salud y deportes. Unidad de redes de servicios de salud y Calidad. atención integrada al curso de la vida a niñas y niños menores de 5 años La Paz OPS/OMS – MSD 2013 publicación técnica N°240.

<sup>8</sup> Ministerio de Salud y Deportes (MSD), Programa Reforma de Salud (PRS), Instituto Nacional de Estadística (INE) y Macro International. 2009. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDSA 2008*. La Paz, Bolivia: MSD, PRS, INE y Macro International.

<sup>9</sup> Plan sectorial de desarrollo para vivir bien 2015-2020 **La Paz: Dirección General de Planificación - Comité de Identidad Institucional y de Publicaciones - Ministerio de Salud 2016**

<sup>10</sup> Ministerio de culturas y turismo visiministerio de descolonización dirección general de administración publica plurinacional, unidad de políticas y gestión de descolonización con entidades territoriales autónomas. Carlos Rocha Tamares .Tercera Edición septiembre de 2016. La Paz Bolivia.

<sup>11</sup> Nueva constitución política del estado junto construyamos Bolivia. Asamblea constituyente Sucre Bolivia.

---

<sup>12</sup> Plan de Desarrollo económico y social, en el marco del desarrollo para el vivir bien 2016 - 2020

<sup>13</sup> “colonialismo y descolonización “Editado por Ministerio de Cultura y turismo Elaborado por Juan Carlos Rocha Tamares (investigador Quechua) tercera edición septiembre del 2016 La Paz Bolivia.

<sup>14</sup> Bolivia. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Unidad de Alimentación y Nutrición.

Bases técnicas de las guías alimentarias para la población boliviana./Ministerio de Salud; Sonia Tarquino Chauca de Cruz; Magdalena Jordán de Guzmán; Albina Tórrez Illanes. coaut. La Paz: Editorial Quatro Hnos., 2013

<sup>15</sup> [WWW.pagina](http://www.pagina.siete.bo) siete.bo 19 de marzo de 2017.

16

[pagina](http://pagina.siete.bo) siete.bo lunes 16 de enero del 2017. La Paz