

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

Unidad de Post-Grado



PROYECTO DE INTERVENCION

**IMPLEMENTAR LOS ALIMENTOS NUTRITIVOS
TRADICIONALES EN NIÑOS DESNUTRIDOS EN EL HOSPITAL
MUNICIPAL DE SAN JULIAN**

**POSTULANTE: Dra. Miriam Aguilar Arias
TUTOR: Dr. Carlos Tamayo Caballero**

SANTA CRUZ - SAN JULIAN - 2013

INDICE

I. INTRODUCCION.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
2.1 Desnutrición.....	2
2.1.1 Desnutrición Crónica.....	3
2.1.2 Desnutrición Global.....	3
2.1.3 Desnutrición Aguda.....	3
2.2 Desnutrición en el Mundo.....	4
2.3 Desnutrición en América Latina.....	5
2.4 Desnutrición en Bolivia.....	5
2.5 Derechos del Niño.....	7
2.6 La Constitución Política del Estado.....	8
2.7 Programa Desnutrición Cero.....	9
2.8 El Bono Juana Azurduy.....	10
2.9 La Estrategia de AIEPI.....	10
2.10 Salud e Interculturalidad.....	12
2.11 Seguridad y Soberanía Alimentaria.....	14
2.12 Creencias Chiquitanas sobre Desnutrición.....	15
2.13 Alimentos Nutritivos Tradicionales.....	17
III. ANALISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR.....	19
IV. DISEÑO Y SELECCIÓN DE TECNICA E INSTRUMENTOS.....	40
4.1 Tipo de Estudio.....	41
4.2 Área de Estudio.....	41
4.3 Lugar de Estudio.....	41
4.4 Universo	41
4.5 Muestra	41
V. RELACION DEL PROYECTO DE INTERVENCION CON LINEAMIENTOS DE LA POLITICA PÚBLICA.....	43
VI. JUSTIFICACION DEL PROYECTO.....	45
VII. ANALISIS DE ACTORES.....	46
7.1 Beneficiarios Directos.....	46
7.2 Beneficiarios Indirectos.....	47
7.3 Oponentes.....	47

7.4	Afectados.....	47
7.5	Aliados.....	47
VIII.	CONTEXTO O LUGAR DE INTERVERCION.....	48
8.1	Geográfica	48
8.1.1	Situación geográfica y accesibilidad.....	48
8.1.1.1	Accesos al Municipio de San Julián:.....	48
8.1.1.2	Límites Territoriales:.....	48
8.1.1.3	Extensión.....	49
8.1.2	Características físico-naturales.....	49
8.1.2.1	Geología.....	49
8.1.2.2	Altitudes.....	49
8.1.2.3	Relieve.....	49
8.1.2.4	Topografía.....	49
8.1.2.5	Clima.....	50
8.1.2.6	Temperatura.....	50
8.1.2.7	Precipitación Pluvial.....	50
8.1.3	Recursos hidráulicos y de drenaje.....	50
8.1.4	Recursos forestales y vegetación natural.....	51
8.2	Política.....	51
8.3	Institucional.....	53
8.4	Poblacional.....	54
8.4.1	Población.....	54
8.4.2	Lengua que habla la Población.....	54
8.4.3	Aspectos Económicos.....	55
8.4.4	Producción de Peces.....	56
8.4.5	Ganadería.....	56
8.4.5.1	Ganado Bovino.....	56
8.4.5.2	Ganado Menor.....	56
8.4.6	Animales Silvestres.....	57
8.4.7	Servicios básicos existentes.....	57
8.4.7.1	Agua Potable.....	57
8.4.7.2	Alcantarillado.....	57
8.4.7.3	Vivienda.....	58
8.4.7.4	Electricidad.....	58
8.4.7.5	Medios de comunicación.....	58
8.4.8	Educación.....	58
8.5	Cultural.....	59
8.5.1	Religión.....	59
8.5.2	Costumbres.....	59
8.5.3	Fiestas y Rituales.....	59
IX.	OBJETIVOS.....	60
9.1	General.....	60
9.2	Específicos.....	60
X.	RESULTADOS ESPERADOS.....	60

XI. ACTIVIDADES.....	61
XII. INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.....	62
XIII. FUENTE DE VERIFICACION.....	63
XIV. SUPUESTOS.....	63
XV. ANALISIS DE VIABILIDAD.....	64
XVI. ANALISIS DE FACTIBILIDAD.....	64
XVII. ANALISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO.....	65
XVIII. IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO.....	65
XIX. FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO.....	65
XX. BIBLIOGRAFIA.....	66
ANEXOS.....	
21.1 Árbol de Problemas.....	
21.2 Árbol de objetivos.....	
21.3 Matriz de Marco Lógico.....	
21.4 Presupuesto.....	
21.5 Mapas de Ubicación del Proyecto.....	
21.6 Cronogramas.....	
21.7 Plan de ejecución del proyecto.....	
21.8 Sistema de Monitoreo y Evaluación del Proyecto.....	
21.9 Instrumentos Utilizados.....	

AGRADECIMIENTO

*Agradezco al Creador Supremo 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 mis docentes quienes me transmitieron
Sus conocimientos experiencias profesionales
Recordándome mis orígenes a donde pertenezco
Por lo que expreso mis agradecimientos y respeto.*

*A mi familia, especialmente a mi Amado Oscar
Quien me brindó su apoyo incondicional en todo
Gracias compañero, amigo, esposo mío.*

IMPLEMENTAR LOS ALIMENTOS NUTRITIVOS TRADICIONALES EN NIÑOS DESNUTRIDOS EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE SAN JULIAN

I.- Introducción

La **desnutrición infantil** es uno de los grandes problemas que aqueja a la humanidad, más de 50 millones de niños menores de cinco años están afectados, el equivalente al 17% de la población total de esa edad, según informe de la CEPAL, la situación es realmente grave en América Latina y el Caribe, y esto puede impedir alcanzar los Objetivos del Nuevo Milenio¹

Este problema social sin duda se convierte en una de las principales fuentes de **pobreza y subdesarrollo** ya que la desnutrición infantil afecta al desarrollo integral del ser humano, afectando su salud, bienestar y por lo tanto privándolo de acceder a educación y productividad²

Por informe de Naciones Unidas de los países de América Latina, Guatemala es el país que registra la más alta prevalencia de niños y niñas con desnutrición 49%, seguido de Honduras con 29% y Bolivia 27%³

En Bolivia, la Política de Seguridad y Soberanía Alimentaria contempla el derecho a la alimentación de toda la población; el fortalecimiento de la agricultura familiar campesina, indígena y originaria de base comunitaria; el acceso equitativo a los recursos naturales (agua, tierra y bosques) y la promoción de la agricultura ecológica. Esta política promueve la participación concurrente de actores públicos y privados así como la integralidad y multisectorialidad, de modo tal que todos los Ministerios deben articular esfuerzos técnicos y económicos en la construcción de la seguridad y soberanía alimentaria del país.

El presente proyecto tiene la finalidad de mejorar la nutrición a través del rescate valoración y consumo de los alimentos nutritivos tradicionales de la Región

respetando sus creencias y costumbres de la población beneficiaria que acude a nuestro Hospital Municipal de San Julián de esta manera disminuir la incidencia de las enfermedades prevalentes en la infancia

II.- Antecedentes

2.1 DESNUTRICION

La **desnutrición** es una enfermedad causada por una dieta inapropiada, hipocalórica e hipo proteica. También puede ser causada por mala absorción de nutrientes como en la anorexia, celiaquía. Ocurre principalmente entre individuos de bajos recursos y principalmente en niños de países subdesarrollados.

La diferencia entre la desnutrición y la malnutrición, es que en la desnutrición existe una deficiencia en la ingesta de calorías y proteínas, mientras que en la malnutrición existe una deficiencia, exceso o desbalance en la ingesta de uno o varios nutrientes que el cuerpo necesita (ej: vitaminas, hierro, yodo, calorías, etc).

En niños y niñas el cuadro clínico de desnutrición puede terminar en Kwashiorkor que se da por insuficiencia proteica en la dieta o Marasmo que trae como resultado flaqueza exagerada a falta de un déficit calórico total en la dieta. Los niños y niñas que se desnutren en sus primeros años están expuestos a mayores riesgos de muerte durante la infancia, y de morbilidad y desnutrición durante todo el ciclo vital. Los niños con desnutrición no crecen, están tristes, no juegan, no quieren comer, lloran con facilidad, y se enferman muy fácilmente. La desnutrición limita su potencial de desarrollo físico e intelectual a la vez que restringe su capacidad de aprender y trabajar en la adultez.

La desnutrición tiene un impacto negativo en corto mediano y largo plazo. En los niños y las niñas la desnutrición puede comenzar incluso en el vientre materno. Las consecuencias de la desnutrición infantil son: Baja estatura, pálidos, delgados, muy enfermizos y débiles, que tienen problemas de aprendizaje y desarrollo intelectual. Mayores posibilidades de ser obesos de adultos.⁴

Los más afectados con la desnutrición infantil son niños y niñas que viven en zonas rurales, pertenecer generalmente a grupos indígenas o afro descendientes, tienen escaso nivel educacional, tampoco en lo general tienen acceso al agua potable y alcantarillado. los niños y niñas son el futuro inmediato. La pobreza nunca podrá ser erradicada si no se trata de raíz el tema del hambre y la desnutrición infantil.

Se puede detectar la desnutrición midiendo la talla y el peso y comparando estos con tablas de crecimiento, verificando si hay un desvío de los valores normales de talla y peso para la edad del niño, existe el nuevo patrón de crecimiento infantil a nivel mundial, desarrollado por la OMS⁵.

La desnutrición crónica (talla-edad) ;es el retraso del crecimiento esperado para una edad dada reflejado en el peso y la talla del menor, expresa una desnutrición de larga data, especialmente en los primeros años de vida, momento en que el crecimiento tiene una alta velocidad de incremento. El cuerpo retrasa su crecimiento ante la falta de nutrientes provocándole falencias que lo afectaran en el futuro. Debido a su importancia, este índice al ingreso a la escuela, se considera un buen indicador del grado de bienestar y desarrollo de los pueblos pues refleja las condiciones de vida, la seguridad alimentaria y la salud de la población infantil.

La desnutrición global (peso- edad), es un buen indicador de condiciones de vida, sobre todo en los menores de un año ya que, en esa etapa de la vida, la velocidad del crecimiento es muy rápida y se expresa precisamente en la relación entre el peso y la edad.

La desnutrición aguda: (peso - talla), llamada también emaciación, en este indicador lo que importa es el peso, independientemente de la edad. Por eso, se considera una buena estimación de la armonía del crecimiento. Este tipo de desnutrición es relativamente mayor en menores indígenas. Esa situación remite a un crecimiento menos equilibrado en términos de los requerimientos de nutrientes y su disponibilidad.

Causas: El poco conocimiento y la práctica inadecuada de alimentación, deficiente uso biológico, insuficiente disponibilidad y poco acceso a la comida, así como un patrón nutricional pobre en cantidad y calidad, son las principales causas de la desnutrición aguda y crónica, donde el cuerpo gasta más energía que la comida que consume

2.2 DESNUTRICION EN EL MUNDO

La mala nutrición es uno de los problemas de salud que más afectan a los pueblos indígenas en todo el mundo. Además de las circunstancias de extrema pobreza, los pueblos indígenas padecen de desnutrición debido a la degradación ambiental y a la contaminación de los ecosistemas en los que las comunidades indígenas han vivido tradicionalmente, la pérdida de sus tierras y territorios y la disminución de sus fuentes tradicionales de alimentos o de su acceso a ellas.

De acuerdo a informes de UNICEF, en el mundo existen aproximadamente: 2.200 millones de niños y niñas en el mundo, de los cuales 1.900 millones viven en los países en desarrollo y 1000 millones viven en la pobreza: 1es decir uno de cada dos. Un tercio de las muertes de niños menores de cinco años en los países en desarrollo están causadas por la desnutrición y casi 200 millones padecen problemas graves de crecimiento por este motivo. África, Asia y ciertas partes de América Latina son las regiones más afectadas por la desnutrición infantil.

Ann Veneman Directora de la Organización de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), informa datos en base a un estudio:

Pese a la mejora relativa desde 1990- más de 195 millones de niños tienen problemas de crecimiento, casi un tercio de la población infantil mundial está mal nutrida.

Una de las razones por las que las cifras de desnutrición son tan elevadas, además de la falta de alimentos, es la mala calidad de la comida que se injiere. En este sentido, incluso algunos niños con sobrepeso padecen problemas de crecimiento. Los expertos advierten que muchas secuelas derivadas de la mala alimentación a temprana edad son irreversibles y condenan a los niños a una mala salud de por vida.

La mala nutrición roba la fuerza al niño y provoca enfermedades peligrosas contra las que un cuerpo sano podría luchar fácilmente.

A menos que se corrijan las causas que están detrás de la desnutrición infantil hoy, los costes en el futuro serán altísimos...

2.3 DESNUTRICION EN AMERICA LATINA

Estadísticas y datos sobre la desnutrición infantil en América Latina y el Caribe⁶

- El hambre y la desnutrición afectan a cerca de 53 millones (10 por ciento) de personas de América Latina y el Caribe. Casi 9 millones (16 por ciento) de niñas y niños menores de cinco años padecen desnutrición crónica o retardo en talla.
- De los países de la región, Guatemala es el país que registra la más alta prevalencia de niños y niñas con desnutrición crónica (49%), seguido de Honduras (29%) y Bolivia (27%).
- Además de los 9 millones de niños desnutridos, se estima que hay 9 millones adicionales que están en riesgo de desnutrirse o que en la actualidad presentan algún grado leve de desnutrición, haciendo un total aproximado de 18 millones de niñas y niños que necesitan atención inmediata preventiva para evitar un mayor deterioro en su estado nutricional. De este total, aproximadamente 13 millones tienen menos de 3 años de edad, etapa crucial para intervenir y evitar daños irreversibles por el resto de sus vidas.
- La desnutrición crónica infantil se concentra particularmente en las poblaciones pobres e indígenas que habitan en las zonas rurales más aisladas o en la periferia urbana, y en su mayoría son herederos de las condiciones socio-económicas desfavorables. En estas poblaciones la prevalencia de la desnutrición crónica supera el 70 por ciento. La mayoría de estos niños y niñas son víctimas del ciclo intergeneracional de pobreza y desnutrición.

2.4 DESNUTRICION EN BOLIVIA

La creciente urbanización del país y la globalización han provocado cambios en la alimentación especialmente en las últimas décadas, donde el exceso de

carbohidratos y comidas procesadas se ha masificado en la dieta en reemplazo de alimentos tradicionales como el maíz, la quinua, soya, etc.

La desnutrición es también un problema en la población menor de cinco años en Bolivia, ya que 27% de ella sufre de desnutrición crónica según la ENDSA 2008 (talla baja para la edad), que afecta como promedio al 21.8% de los niños y niñas menores de 5 años en el área urbana y al 32.5 % de los niños y niñas en el área rural. Estos datos suben a 27.1% y 38,6% respectivamente cuando se utilizan los nuevos parámetros de la OMS. La desnutrición en la población indígena es tres veces más alta que entre la población no indígena y 2.6 más en los niños del área rural que en los del área urbana. La anemia está presente en 40% de las mujeres del área rural y en 80% de los niños menores de 2 años.

La prevalencia de desnutrición crónica en el menor de 5 años o el porcentaje de niños con talla por debajo de 2 desviaciones estándar del promedio se ha reducido a nivel nacional de 38% en 1989 a 21,8% en 2008 y la anemia a 61%⁷ estableciendo que cerca de 351 mil niños menores de cinco años presenten desnutrición crónica y 648 mil anemia, el total de menores de 5 años es de 1'302,875⁸. Visto de otra manera, 1 de cada 5 niños menores de cinco años presenta grave retraso en su crecimiento y 1.6 de cada 2 anemias.

Según datos de UDAPE-PNUD, en niños y niñas menores de tres años la desnutrición crónica alcanza a 20,3%⁹, mostrando una tendencia positiva respecto al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que establece al 2015 lograr la meta de 19% de desnutrición crónica.

Existen porcentajes de los datos de Desnutrición Crónica, dependiendo de la fuente del dato: UDAPE/PNUD 20,3% y ENDSA 2008 27%¹⁰, mientras que el SNIS 10%, reporta un porcentaje menor, siendo que no es el único receptor.

Entre los departamentos con niveles más altos de desnutrición crónica se encuentra Potosí con una desnutrición crónica que alcanza a más del 38% de los niños y niñas menores de cinco años, de los cuales un tercio presentan condiciones de extrema severidad. En menor escala se encuentran los departamentos de Chuquisaca, Oruro y Cochabamba.

En el otro extremo se encuentran el departamento de Santa Cruz con 22% de población indígena, 38% de población pobre, 22% de ruralidad y la desnutrición crónica más baja, 8,6% de los niños y niñas menores de cinco años, los departamentos de Tarija, Beni y Pando mantienen un perfil muy parecido

2.5 DERECHOS DEL NIÑO

Surgen pronunciamientos para la protección de la niñez, siendo uno de los primeros el de 1924 en la Declaración de Ginebra, sin embargo en 1948 se “insertan de manera implícita” en la Declaración de Derechos Humanos, lamentablemente sin el efecto esperado.

El 12 de abril de 1952, la Organización de Estados Americanos (OEA) y UNICEF realizan una declaración específica sobre los derechos de la niñez, que se trasluce en la redacción : la Declaración de Principios Universales del Niño y niña, que serviría de base para la promulgación de la Convención de los Derechos de los niños/niñas el 20 de noviembre de 1989 en el seno de las Naciones Unidas, donde se reconoce de manera oficial los Derechos de la niñez, donde los niños y niñas pasan a ser “sujetos de derecho y los adultos sujetos de responsabilidades”¹¹ .Bolivia como País miembro de las naciones Unidas, firma esta Declaración el 8 de marzo de 1990 y ratifica esta decisión el 26 de junio del mismo año.

Así mismo para recordar la importancia de los derechos de la niñez se recomienda instituir un día especial en el año para recordar a través de reflexiones, celebraciones estos derechos, de ahí que el día universal de los derechos de los niños y niñas se recuerda el 20 de noviembre y los países tienen su día como el 12 de abril en Bolivia desde 1955 por promulgación del Gobierno Nacional.

La desnutrición infantil es una violación al derecho fundamental de la niñez a la alimentación y nutrición, ya que se está privando a una nueva vida de crecer sana y tener derecho a una vida justa, reconocido en diferentes instrumentos legales internacionales desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos,

promulgada en el año 1948 y en particular por la Convención de los Derechos del Niño, emitida en 1989.

2.6 LA CONSTITUCION POLITICA DEL ESTADO

En el Artículo 16. Establece

- I. Toda persona tiene derecho al agua y a la alimentación.
- II. El Estado tiene la obligación de garantizar la seguridad alimentaria, a través de una alimentación sana, adecuada y suficiente para toda la población.

Artículo 30 Derechos de los indígenas

II. 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.

Artículo 35

- I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.
- II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 36.

- I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.
- II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37.

El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad

financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades

Artículo 59.

I. Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a su desarrollo integral.

II. Toda niña, niño y adolescente tiene derecho a vivir y a crecer en el seno de su familia de origen o adoptiva. Cuando ello no sea posible, o sea contrario a su interés superior, tendrá derecho a una familia sustituta, de conformidad con la ley

Artículo 407. Son objetivos de la política de desarrollo rural integral del Estado, en coordinación con las entidades territoriales autónomas y descentralizadas:

1. Garantizar la soberanía y seguridad alimentaria, priorizando la producción y el consumo de alimentos de origen agropecuario producidos en el territorio boliviano.

2. Establecer mecanismos de protección a la producción agropecuaria boliviana.

3. Promover la producción y comercialización de productos agro ecológicos

2.7 PROGRAMA DESNUTRICION CERO

En respuesta a la grave situación de desnutrición en el país, en el año 2006 se creó el Programa Sectorial de Desnutrición Cero.

El año 2007, bajo el liderazgo del presidente Morales se decidió el cambio del Programa de Desnutrición Cero, al Programa Multisectorial de Desnutrición Cero (PMDC). El objetivo general del PMDC es la erradicación de la desnutrición crónica y aguda en los menores de cinco años con énfasis en los menores de dos años de edad.

El PMDC nace como una respuesta al Plan de Desarrollo Sectorial en Salud, para disminuir la desnutrición no solo desde el sector salud, sino en la prevención, afectando algunas determinantes, como la dotación de agua, saneamiento básico, seguridad alimentaria, etc.

El Plan Estratégico del PMDC, tiene como objetivo “mejorar la salud integral de los niños y niñas menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, contribuyendo así a erradicar la desnutrición de niños y niñas menores de 2 años”.

De la manera que los niños y niñas sean alimentados en sus primeros dos años de vida depende su estado nutricional presente y futuro. Dos aspectos son fundamentales en la alimentación del niño pequeño: la lactancia materna y la alimentación complementaria

2.8 EL BONO MADRE NIÑO(A)-JUANA AZURDUY-

Creado mediante decreto supremo 0066 del 3 de abril de 2009, implementado como política de erradicación de extrema pobreza. Es un incentivo, a la responsabilidad compartida que busca mejorar la salud integral y nutrición de las mujeres embarazadas y de niños/niñas menores de 2 años. Asistiendo regularmente a sus controles en fechas programadas por el personal de salud, siendo atendidas por personal de salud calificado en el parto y post parto. Llevando a sus niños/niñas a sus controles médicos, hasta que cumplan 2 años ¹²

2.9 LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)

En 1999 se realizó el lanzamiento oficial del componente comunitario de la estrategia AIEPI en la Región de las Américas, con la premisa de que las familias y comunidades deben ser motivadas y movilizadas para proveer atención de salud a sus niños y mujeres gestantes en el contexto del nivel de atención primaria.

Para ello se decidió promover un conjunto de prácticas familiares, sencillas y de bajo costo, cuya evidencia ha demostrado un impacto favorable en la salud de los recién nacidos y en la niñez, previniendo enfermedades, promoviendo una atención precoz en los servicios y también en el hogar, y contribuyendo a estimular el crecimiento y desarrollo saludable de los menores de 5 años, especialmente de los más vulnerables, entre ellos las poblaciones indígenas de la Región.

La Organización Panamericana de la Salud ha apoyado diversas intervenciones destinadas a favorecer la salud de los pueblos indígenas. Hasta el año 2006, por ejemplo, el componente comunitario de la estrategia AIEPI ha implementado acciones en muchas localidades de bajos recursos en más de doce países de las Américas, muchas de las cuales son comunidades de origen indígena - como es el caso de Pailaviri, en Bolivia, y Huancané, en Perú- en el contexto de su enfoque intercultural. A pesar de los avances, el logro de la equidad en torno a la salud de estas poblaciones todavía es un tema pendiente.

En mayo de 2006 y en coordinación con el Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas del Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS) y el Área de Salud Familiar y Comunitaria (FCH), se realizó en Ecuador un taller de validación de la guía “Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas”¹³, destinada a reforzar el enfoque intercultural de la salud en el componente comunitario de la estrategia AIEPI.

La estrategia de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) ha probado ser eficaz y costo–efectiva no sólo para evitar los altos índices de enfermedad y muerte, sino también para aumentar el capital de salud y la calidad de vida de los niños/as y de las comunidades, contribuyendo así al logro de las metas de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.

El componente comunitario de AIEPI busca articular el esfuerzo iniciado en los servicios de salud con acciones que se pueden desarrollar en la comunidad, involucrando a todos los actores y sectores posibles en el nivel local con la finalidad de promover prácticas familiares y comunitarias saludables en el cuidado y protección del niño/a en el hogar y la comunidad.

En tal sentido, la familia y las redes sociales se constituyen en los actores principales de las intervenciones que se desarrollan a nivel comunitario. Asimismo, la participación de la comunidad constituye un fin y un medio para contribuir a mejorar las prácticas familiares y comunitarias saludables en el cuidado y protección del niño, pero para que ello ocurra se requiere la decisión deliberada y consciente de involucrar en este esfuerzo todos los recursos humanos y de las organizaciones presentes en cada realidad: Agentes

comunitarios de salud, ONG, municipio, organizaciones de base, escuela, líderes, etc.

Sólo de esta manera se podrá influir positivamente en la salud de los menores de cinco años y disminuir los índices de morbilidad y mortalidad en este grupo etario en dos tercios hacia el año 2015, con el fin de cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Actualmente es el AIEPI-NUT que está incorporado en el continuo del curso de la vida, este nuevo enfoque se enmarca en el Plan Nacional de Desarrollo, la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural del MSD, Programa Desnutrición Cero, Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal y pretende contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.¹⁴

2.10 SALUD E INTERCULTURALIDAD

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. Como sostiene Rufino Chuquimamani¹⁵:

“Interculturalidad habrá cuando en realidad valoren nuestros símbolos y no sólo trafiquen con ellos. Cuando en realidad aprendan el quechua, hagan uso de él, y que en los conocimientos que se imparten en las diferentes instituciones educativas y los servicios de salud sobre diferentes temas estén presentes los enfoques de los pueblos indígenas al lado de los enfoques no andinos; pero que también respeten a sus usuarios quechuas y a los pueblos indígenas. Somos como todos los seres humanos, somos como los blancos, como los ingleses, como los chinos, lo único que nos diferencia son nuestras costumbres y nuestra manera de pensar...”

Como señala Benites, *“la interculturalidad es la relación de respeto y valoración entre culturas. No es un simple contacto, es establecer una relación positiva en igualdad de condiciones. Ser intercultural involucra conocer todos los aspectos de*

la cultura: Cosmovisión, conocimientos, técnicas y valores, lengua y formas propias de comunicación, formas de organización social, de trabajar, de celebrar, de convivir. Es aprender de los otros y enseñar mi cultura a los otros."¹⁶

Es decir, como anota Bermejo, *"no se trata simplemente de reconocer, descubrir o tolerar al otro... Tampoco se trata de esencializar identidades o entenderlas como adscripciones étnicas inamovibles. Más bien, se trata de impulsar activamente procesos de intercambio que, por medio de mediaciones sociales, políticas y comunicativas, permitan construir espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas."*¹⁷

De otro lado, las intervenciones interculturales se orientan a preservar la diversidad cultural, la coexistencia de todas las culturas pero, como señala Solís, no se puede dejar de considerar que se trata de relaciones en las que aún se registran desigualdades y conflictos: *"La globalización ha catapultado la conveniencia de la interculturalidad como conducta de los seres humanos... Si bien pareciera que nos dirigimos hacia un mundo de interculturalidad plena, tal vez con todas las culturas del mundo en contacto; avizoramos, sin embargo, que no todas las culturas ahora existentes tienen la misma posibilidad de ser componentes permanentes en la relación intercultural, ya que algunas están condenadas a la desaparición debido a las relaciones desiguales entre las sociedades respectivas, en las que se generan etnocentrismo, racismo, etnocidio, genocidio, o falta de autoestima"*¹⁸

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.

2.11 SEGURIDAD Y SOBERANÍA ALIMENTARIA

Seguridad alimentaria y soberanía alimentaria son dos conceptos que en los últimos años han cobrado preeminencia en los debates tanto académicos como políticos, cuando se piensa en los desafíos del desarrollo rural sostenible para erradicar la pobreza extrema y el hambre.

De acuerdo a las normas internacionales de derechos humanos, todo ser humano tiene derecho a no padecer hambre, a una alimentación adecuada y a alimentarse en condiciones de dignidad. Por seguridad alimentaria “se entiende la situación en la que un individuo, una familia, una comunidad, un territorio o un país, disponen en todo momento de la capacidad para acceder a los medios –tangibles e intangibles- que les permiten satisfacer adecuadamente sus necesidades nutricionales”. Así, la seguridad alimentaria, tal como ha sido definida por la FAO, se centra en la disponibilidad de alimentos: “Existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento, acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimentarias”¹⁹

No obstante, cuando se trata de pueblos indígenas, por su histórica situación de exclusión y la precariedad de sus vínculos con el mercado, el concepto de seguridad alimentaria se torna más amplio e implica diseñar programas de soberanía alimentaria, que incluyan múltiples aspectos para facilitar la realización de su derecho a la alimentación, tales como:

“...el acceso y la utilización de los activos productivos, principalmente tierra, agua y biodiversidad; la valoración y mejoramiento de los sistemas productivos campesinos e indígenas; la optimización de la diversidad de la oferta ecológica; el respeto, rescate y perfeccionamiento de las prácticas agroecológicas ancestrales; la preservación de las identidades de los pueblos; la construcción de nuevas instituciones para la diversificación productiva y el intercambio con acceso a mercados de precios justos; la conservación de la diversidad genética y ecológica... y el desarrollo de las capacidades locales para satisfacer sus

*necesidades básicas de alimentos, productos procesados, conservados y distribuidos localmente, y culturalmente demandados*²⁰

El concepto de soberanía alimentaria fue desarrollado por Vía Campesina y llevado al debate público con ocasión de la Cumbre Mundial de la Alimentación en 1996. Desde entonces, dicho concepto se ha convertido en un tema mayor del debate agrario internacional, inclusive en el seno de las instancias de las Naciones Unidas.

*“La soberanía alimentaria es el Derecho de los pueblos, de sus Países o uniones de Estados a definir su política agraria y alimentaria, sin dumping frente a países terceros. El derecho de los campesinos a producir alimentos y el derecho de los consumidores a poder decidir lo que quieren consumir y, cómo y quién se lo produce”*²¹

La soberanía alimentaria es la facultad de las naciones y los pueblos para definir sus propias políticas de acuerdo a objetivos de desarrollo sostenible y seguridad alimentaria, respetando sus culturas y sistemas de gestión. Ello implica considerar la interdependencia de las dimensiones de producción, transformación, comercialización, consumo y salud, en el sistema alimentario tal como es concebido desde la perspectiva indígena.

Mientras el concepto de seguridad alimentaria se centra en la capacidad de los Estados de asegurar el acceso de sus habitantes al mínimo calórico y proteico necesarios para garantizar la nutrición adecuada de su población, al margen de donde provengan los alimentos y de cómo se produzcan, el concepto de soberanía alimentaria remite a la capacidad de la población para producir autónomamente alimentos y nutrientes de calidad y en cantidad suficiente para asegurar su desarrollo sano y sostenible.

2.12 CREENCIAS CHIQUITANAS SOBRE DESNUTRICION

Las limitaciones y dificultades para tener un acceso normal al servicio de salud han ocasionado que en algunas comunidades chiquitanas, sobre todo las periféricas, aún se mantenga arraigado el listado de recetas naturales de los curanderos o chamanes, quienes son muy respetados entre los habitantes. “Están

los brujos buenos y malos, que también son los que ocasionan más conflictos entre los pertenecientes a esta etnia. Manejan una diversidad de árboles, plantas, tallos y raíces que tienen propiedades curativas, y brebajes que pueden ocasionar embrujos y producir la muerte de los afectados si no son atendidos por los brujos buenos o Cheeserusch”²²

El primer cacique de la Organización Indígena Chiquitana, Rodolfo López, sentencia que aún resta compatibilizar las medicinas chiquitana y occidental. “Pedimos al Ministerio de Salud la construcción de oficinas para que estén nuestros curanderos”, aquellos que diagnostican que la diarrea se cura empleando el árbol cuchí, el paludismo con la planta de la quina y la lengua de panza de res, **la deshidratación conocida como mocheo con la panza de vaca**, la papera con una danza alrededor del tacú; aquellos que alertan que los niños nacidos en luna nueva no deben bailar para no padecer el muere muere o epilepsia.

Darling Ribera Rivero comentó *“hola Sandra te felicito por tu programa por su variedad e información para todo el público televidente...al respecto de **MOCHEO** a mi niño le dio cuando tenía 1 año y medio y le duro casi hasta los dos lo tuvimos que meter a la panza de una vaca recién carneada y esa fue la única manera para que mi hijo pueda caminar bien, tenía un sudor meloso pero gracias a Dios sano...y te puedo comentar de varios casos de gente que he conocido y de muchas cosas sobre medicina natural porque he estudiado es una tradición familiar la medicina natural bueno un abrazo y nuevamente felicidades por tu programa adiós hasta otro momento”²³..*

DE LA LÓGICA A LA MAGIA

Los baños, ungüentos y fricciones están entre los remedios más antiguos usados por todas las culturas. Algunos responden a cierta lógica que luego la ciencia aprovecha como la sábila.

Cuenta Pity Ribera²⁴, *es sorprendente uno de los baños que se usa para un mal conocido como urijua o mocheó. “Cuando murió mi mamá, mi hijo caminó agarrándose del cajón. Al día siguiente ya no quiso comer. Comenzó a*

enflaquecer y a ponerse pálido”, Por eso muchas personas no quieren llevar a los niños a los velorios y hasta se cambian de ropa al regresar de uno de ellos, se dan un baño y solo así se permiten alzar a sus hijos.

*Otra de las causas que provocan el **mocheó** son los lugares que desprenden olores fétidos. La hija del investigador Javier Cruz tuvo esos síntomas. “A los chicos se les aclara la piel, orinan hediondo y tienen mal olor. No quieren comer. Es increíble, se hacen delgaditos. Sudan todo el tiempo y eso los lleva hasta el cementerio”. Dice que el aracuaiya Marcelino Tardío la curó con baños de macororó y hoja verde.*

*Hay, al menos, otras dos formas de curar el **mocheó**. Una consiste en un baño con hierbas. Un martes se pone a hervir toco toco, molle y rama verde. Con el agua del cocimiento se baña a la criatura a las 12 del día y luego se la saca, envuelta en un trapo negro. Luego se sahuma con azúcar, yerba mate e incienso. Después, se lleva al niño a la cama. El agua del baño se tira lejos de la casa (a una cuadra), haciendo una cruz. Al regresar, no se debe mirar para atrás. Luego se repite el baño el viernes y si es necesario, el martes siguiente. “No se sabe por qué, pero así me enseñaron. Según la creencia, si mira hacia atrás regresa la urijua. Se hace cada martes y viernes. Así dicen los curanderos”, cuenta Rivera, que ha hecho esos baños en dos ocasiones. Las dos fueron exitosas. La criatura mejoró.*

La segunda forma consiste en colocar al niño dentro del estómago de una vaca. Después de sacrificar al animal -cuya carne se puede consumir sin problemas- se pone al niño dentro durante unos 15 minutos. La creencia indica que se debe retirar al niño en un paño negro y no bañarlo durante algunas horas. La gente cuenta que el niño duerme profundamente y al despertar comienza a pedir comida y a restablecerse.

2.13 ALIMENTOS NUTRITIVOS TRADICIONALES

Estos alimentos son muy nutritivos y de bajo costo. A pesar de ello, paradójicamente esta riqueza no es aprovechada actualmente y por el contrario se han adoptado patrones alimentarios que afectan gravemente la salud y la

calidad de vida. Es importante mantener el consumo de alimentos ancestrales saludables que al combinarlos con otros favorecen la salud de la población.

San Julián siendo el sector agropecuario más productivo de soya ha olvidado o no tiene conocimiento de que tiene al alcance de sus manos el alimento más prodigioso creado por Dios para el hombre.

A continuación se detalla algunos de los múltiples beneficios que estos alimentos proporcionan:

Pescado, es un alimento proteico de fácil digestión. Su aporte en Omega 3 favorece la salud del corazón, y el selenio que contiene es un excelente antioxidante que retarda el envejecimiento de las células del cuerpo.

Pollo, es blanca y fácil de digerir. Contiene una cantidad significativa de magnesio (21 - 27 mg/100gr.), siendo la fuente animal principal de este mineral. El magnesio es un mineral que interviene en la contracción y relajación muscular, pero además ayuda a fijar el calcio y el fósforo en los huesos y dientes

Plátano verde, es fuente importante de carbohidratos, es decir provee de energía al consumirlo pero particularmente tiene la capacidad de brindar sensación de saciedad, lo que no debe confundir y llevar a pensar que es un alimento que engorda y que es mejor no comerla para mantenerse delgado.

Habas, fréjol y arveja, son fuente de proteína vegetal y carbohidratos además de vitaminas del grupo B, zinc, fósforo, potasio, magnesio, calcio que intervienen en varios procesos del cuerpo. Pero, particularmente tiene un alto contenido de fibra que permite mantener los niveles de glucosa y colesterol estables.

Papa, alimento que aporta proteínas y vitamina C. Cabe mencionar que su inclusión es considerada en el período de destete o alimentación complementaria a partir de los seis meses de edad, porque el niño puede comerla sin dificultad por su suave textura.

Yuca, contiene almidón que tiene la particularidad de brindar sensación de saciedad. Los alimentos ricos en almidón producen glucosa muy lentamente, lo que permite mantener un aporte progresivo de energía. Además puede ayudar en

la prevención de enfermedades, al actuar como potenciador del crecimiento de probióticos (microorganismos vivos).

Maíz, este cereal aporta energía al cuerpo, por ser fuente de carbohidratos. Es rico en vitamina como la tiamina (vitamina B1), necesaria para que los alimentos se transformen en energía. También es destacable su aporte de vitamina A que funciona como antioxidante en la prevención de enfermedades.

Quinoa, es un alimento que provee de aminoácidos como la lisina importante para el desarrollo cerebral, la arginina e histidina, básicos para el desarrollo humano durante la infancia. Curiosamente se lo denomina como pseudo cereal porque a más de proveer de energía, aporta proteínas que puede llegar hasta 23% del valor recomendado, es decir más del doble que cualquier otro cereal.

Arroz, es un cereal que por generaciones viene siendo el alimento base de una gran parte de la población mundial. Es un alimento que insita a masticar más y esto favorece la irrigación sanguínea de las encías y la salud de los dientes. Es recomendable para aquellos que sufren de gastritis o de gastroenteritis por ser de fácil digestión.

Frutas, son un grupo especial, pues son alimentos de fácil absorción. Están constituidas en un 90% de agua y el 10% restante está compuesto por hidratos de carbono (fructosa), ácidos orgánicos, vitaminas (como A, C y gran parte del grupo B), fibra y sales minerales.

La soya, es la fuente más abundante y valiosa de proteínas vegetales, ya que además de ser de gran calidad, cuenta con un adecuado contenido de aminoácidos esenciales, tiene la capacidad de reducir los niveles de colesterol en la sangre.

III.- Análisis del problema a intervenir

En el mes de abril de la gestión 2013 en el Hospital Municipal de San Julián se reportaron 23 casos de desnutrición crónica en niños (as) menores de 2 años de

392 niños que acudieron para el control de niño sano o por padecimiento de una enfermedad, de los cuales 6 casos son antiguos y 17 casos nuevos, esta estadística hace que llevemos adelante un proyecto vinculado a encontrar las razones de la desnutrición, a pesar de las ventajas que se les ofrece con el Bono Juana Azurduy y el Programa Desnutrición Cero.

Los problemas detectados son de posible resolución, con acciones efectivas y eficientes, partiendo del control de niño sano o enfermo que acuda a nuestro nosocomio en base al AIEPI.NUT, instrumento que nos ayudará a tomar decisiones oportunas en los niños vulnerables. Complementando a este Programa la alimentación nutritiva tradicional que actualmente subsisten de manera precaria.

RESULTADOS ESTADISTICOS DEL AÑO 2013

Tabla 1. Control de Crecimiento y Desarrollo por Sexo y grupos de Edad en el Hospital Municipal de San Julián gestión 2013

C.C.D	ENERO	%	FEBRERO	%	MARZO	%	ABRIL	%
Varones < 1 año	177	34.98	146	37.72	167	34.08	133	33.93
Mujeres < 1 año	173	34.19	138	35.66	179	36.53	116	29.59
Varones 1 año a < 2 años	74	14.62	52	13.44	68	13.88	60	15.31
Mujeres 1 año a < 2 años	82	16.21	51	13.18	76	15.51	83	21.17
TOTAL	506	100%	387	100%	490	100%	392	100%

FUENTE: Cuaderno Nº 4 atención integral del niño menor de 5 años. Hospital Municipal San Julián 20013

Como se puede apreciar en la tabla 1 los que acuden en mayor número son los niños y niñas menores de 1 año que los niños y niñas de 1 año a menores de 2 años. El primer grupo está en ventaja porque en esta etapa de la vida reciben en forma continua las vacunas, incrementando este número los neonatos nacidos en el Hospital que acuden obligatoriamente a su primer control, requisito para obtener el Certificado de Nacido Vivo.

Tabla 2. Desnutrición Crónica en Niños Menores de 1 año según Sexo en el Hospital Municipal de San Julián gestión 2013

C.C.D	ENERO	%	FEBRERO	%	MARZO	%	ABRIL	%
Talla normal en varones < 1 año	174	49.71	145	51.06	166	47.98	129	51.81
Talla baja en varones < 1 año	3	0.86	1	0.35	1	0.29	4	1.61
Talla normal en mujeres < 1 año	169	48.29	137	48.24	179	51.73	115	46.18
Talla baja en mujeres < 1 año	4	1.14	1	0.35	0	0	1	0.40
TOTAL	350	100	284	100	346	100	249	100

FUENTE: SNIS para los meses enero a marzo y cuaderno N° 4 atención integral del niño menor de 5 años para abril. Hospital Municipal San Julián 20013

Tabla 3. Desnutrición Crónica en Niños de 1 año a menores de 2 años según Sexo en el Hospital Municipal de San Julián gestión 2013

C.C.D	ENERO	%	FEBRERO	%	MARZO	%	ABRIL	%
Talla normal en varones de 1 a <2 años	74	47.44	52	50.49	68	47.22	55	38.46
Talla baja en varones de 1 a < 2 años	0	0	0	0	0	0	5	3.50
Talla normal en mujeres de 1 a < 2 años	82	52.56	48	46.60	73	50.27	70	48.95
Talla baja en mujeres de 1 a < 2 años	0	0	3	2.91	3	2.08	13	9.09
TOTAL	156	100	103	100	144	100	143	100

FUENTE: SNIS para los meses enero a marzo y cuaderno N° 4 atención integral del niño menor de 5 años para abril. Hospital Municipal San Julián 20013

Interpretando las tablas 2 y 3.

2.- La desnutrición crónica en niños y niñas menores de un año de enero a abril reportó lo siguiente: 2%; 0,7%; 0,29%; 2,01%, grupo menos vulnerable, que acude en mayor número al control de niño sano o enfermo.

3.- En los niños y niñas de 1 año a menores de 2 años no se reportan casos en enero, febrero 2,91%; marzo 2,08%; abril 12,59%; como se puede constatar los niños de este grupo etario son los más afectados y los que menos acuden al control de crecimiento y desarrollo.

Según el MSD INE, ENDSA 2008 en Bolivia la desnutrición en menores de 5 años es: Crónica 27.1%; Aguda 1.4%; Global 4.3%.

Según la evaluación del Programa Desnutrición Cero²⁵ la desnutrición crónica en menores de 2 años en el depto. De Santa Cruz fue disminuyendo con los años:

6.75%(2008); 4.76%(2009); 4.50%(2010); 4.04%(2011).Tuvo el mismo comportamiento en el Municipio de San Julián: 9.57%(2008); 4.02%(2009); 3.50%(2010); 3.47%(2011). Comparando estos resultados con los obtenidos en el mes de abril 2013 14.6% quedamos en desventaja a pesar que no abarca todo el Municipio de San Julián: 5.87%(prevalencia); 4.40%(incidencia).

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Tabla 4.Distribución de la muestra por grupos de Edad y Sexo tomando en cuenta talla para la edad de niños en estudio. Hospital Municipal San Julián. Santa Cruz 2013

INDICADOR		CASOS	%
Varones < de 1 año	Talla Normal	11	22
	Talla Baja	4	8
	Talla Alta	1	2
mujeres < de 1 año	Talla Normal	8	16
	Talla Baja	5	10
varones de 1 año a < de 2 años	Talla Normal	6	12
	Talla Baja	4	8
mujeres de 1 año a < de 2 años	Talla Normal	3	6
	Talla Baja	8	16
TOTAL		50	100

De acuerdo a las curvas de crecimiento de la OMS, tomando la talla para la edad, las mujeres de 1 año a menores de 2 años tienen desnutrición crónica en un 16%, seguido por las mujeres menores de 1 año, 10%;y 8% varones menores de 1 año y varones de 1 año a menores de 2 años. La desnutrición crónica refleja los efectos acumulados, permanentes y a largo plazo de las agresiones a la nutrición del niño y niña pequeña, causada por una ingesta inadecuada de nutrientes.

Tabla 5. Distribución de la muestra por grupos de edad y sexo tomando en cuenta peso - talla de niños en estudio. Hospital Municipal San Julián. Santa Cruz 2013

INDICADOR		FREC	%
Varones < de 1 año	Normal	3	6
	D. Leve	2	4
	D. Severa	1	2
	Sobrepeso	8	16
	Obesidad	2	4
Mujeres < de 1 año	Normal	4	8
	D. Leve	6	12
	Sobrepeso	1	2
	Obesidad	2	4
Varones de 1 año a < de 2 años	Normal	3	6
	D. Leve	4	8
	D. Mod.	1	2
	D. Severa	1	2
	Sobrepeso	1	2
Mujeres de 1 año a < de 2 años	Normal	6	12
	D. Leve	2	4
	Sobrepeso	3	6
TOTAL		50	100

Este cuadro nos refleja la desnutrición aguda en sus 3 escalas (leve, moderada, severa) la severa presentándose solo en los varones en sus 2 grupos etarios. la desnutrición leve se da en todos los grupos en un 12% en niñas menores de un año, obteniendo el porcentaje más alto.

La malnutrición (sobrepeso y obesidad) sobrepeso se manifiesta en todos los grupos, dándose en un 16% en varones menores de un año y la obesidad en niños(as) menores de un año.

Tabla 6. Distribución de la muestra por grupos de edad y sexo tomando en cuenta peso – edad de niños en estudio. Hospital Municipal San Julián. Santa Cruz 2013

INDICADOR		FREC	%
Varones < de 1 año	Obesidad	2	4
	Sobrepeso	7	14
	Normal	2	4
	D. Leve	4	8
	D. Mod.	1	2
Mujeres < de 1 año	Obesidad	2	4
	Sobrepeso	1	2
	Normal	3	6
	D. Leve	4	8
	D. Mod.	3	6
Varones de 1 año a < de 2 años	Normal	4	8
	D. Mod.	4	8
	D. Severa	2	4
Mujeres de 1 año a < de 2 años	Normal	4	8
	D. Leve	4	8
	D. Mod.	3	6
TOTAL		50	100

La **desnutrición global severa** se presenta en 4%(varones de 1 año a < de 2); La **moderada** en 8% (varones de 1 año a < de 2); 6%(mujeres < de 1 año y de 1 año a < de 2); 2%(varones < de 1 año). La **leve** en 8% en los 3 grupos etarios.

La Obesidad y Sobrepeso se presenta en los niños (as) menores de un año, 14% de sobrepeso en los niños; 2% en niñas, la obesidad dándose en un 4% en los 2 grupos.

Tabla 7. Distribución Porcentual de niños asegurados. Hospital Municipal San Julián.2013

INDICADOR	VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Niños Asegurados	C.N.S	6	12
	B.J.A.P	23	46
	C.Petrolera	2	4
Niños sin Seguro		19	38
TOTAL		50	100

De los 50 niños encuestados el 38% no tiene seguro a pesar de existir el Bono Juana Azurduy que es gratuito, algunas madres no acuden a registrar a sus niños (as) al Bono a pesar de tener certificado de nacimiento porque según ellas cada vez los registradores "los voltean" es decir colocan muchos obstáculos.

El 46% está asegurado al Bono, una minoría se queja cuando acude al Banco para cobrar no está registrado su nombre, el 12% tiene seguro en la C.N.S y el 4% en la C. Petrolera.

Tabla 8 Porcentaje de niños con certificado de nacimiento. Hospital Municipal San Julián. 2013

INDICADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Niños con certificado de nacimiento	37	74
Niños sin certificado de nacimiento	13	26
TOTAL	50	100

EL 74% tiene certificado de nacimiento y el 26% no tiene, la inscripción al registro civil es gratuito, el niño(a) desde que nace tiene el derecho a tener un nombre propio, cuando se interrogó a las madres del porque no tiene certificado, algunas respondieron: "no puedo sacar su certificado de nacido vivo", "su padre está en la Argentina", "no tiene carnet su padre" documentos que son requisitos imprescindibles para obtener el certificado, encontramos una debilidad que debemos solucionar, una razón la no afiliación al Bono.

Tabla 9. Edad en meses de niños (as) que se registraron para obtener un certificado de nacimiento. Hospital Municipal San Julián. 2013

EDAD	Nº	%
0 – 2	15	30
3 – 4	6	12
5 – 6	5	10
7 – 8	3	6
11 – 12	4	8
12 – 24	4	8
TOTAL	37	100

El 30% obtuvo su certificado de nacimiento de nacido a los 2 meses, la mayoría registra a temprana edad para obtener el Bono o contar con el succidio si está afiliado a otro seguro que lo beneficia; el 12% de 3 a 4 meses; el 10% de 5 a 6 meses; el 8% de 11a 24 meses; el 6% de 7 a 8 meses. Como podemos observar hay negligencia en la afiliación por parte de los progenitores que se debe a una variedad de causas: "No había el libro en el Registro Civil", "su padre no quiso reconocerle", "no tenía documentos al día", "no teníamos plata para el reconocimiento", "descuido de su padre". Señalada estas causas nos hacen comprender el porcentaje escalonado decreciente de menor a mayor edad.

Tabla 10. Distribución de las personas que se ocupa del cuidado del niño o niña que asisten al Hospital Municipal San Julián. 2013

VARIABLE	FRECUENCIA	%
Madre	36	72
Niñera	5	10
Niños(hermanos)	4	8
Abuela	5	10
TOTAL	50	100

4 menores de cada 50 (8%) son cuidados por sus hermanos que no pasan los 12 años "niños cuidando a niños" a temprana edad asumen responsabilidades, frustrando su niñez.

5 menores de cada 50 (10%) están en manos de una niñera, esta circunstancia suma un factor de riesgo mas, asumiendo que las niñeras en el contexto de San Julián no tienen preparación alguna, son faltos de higiene y de cuidados básicos que ofrecen al niño o niña. Sumado a este aspecto están las condiciones afectivas

5 menores de cada 50 (10%) son cuidados por las abuelas, personas que asumen esta responsabilidad ante la irresponsabilidad de alguno de los progenitores que por alguna circunstancia abandona a los mismos.

**Tabla 11. Porcentaje de edad de las madres. Hospital Municipal San Julián.
2013**

EDAD	FREC	%
15 – 20	7	15
21 – 25	12	27
26 – 30	13	29
31 – 35	5	11
36 – 40	5	11
41 – 45	3	7
TOTAL	45	100

El 29% de las madres tiene una edad entre 26 a 30 años; 27% entre 21 a 25 años, estos 2 grupos en su mayoría asumen el papel de labores de casa; 15% entre 15 a 20 años, edad de estudio por lo que abandonan el Colegio frustrando su futuro; 11% entre 31 a 40 años, edad productiva que para mejorar sus ingresos económicos trabajan, 7% de 41 a 45 años, madres añosas que descuidan la atención de sus pequeños (as).

Tabla 12. Distribución Porcentual número de hijos por mujer. Hospital Municipal San Julián. 2013

Nº DE HIJOS	FREC	%
1 – 2	14	31
3 – 4	16	35
5 – 6	10	22
7 – 8	3	7
11 – 12	2	5
TOTAL	45	100

EL 35% de las madres tienen de 3 a 4 hijos, 31% de 1 a 2 hijos, el 22% de 5 a 6 hijos, el 7% de 7 a 8 hijos, el 5% de 11 a 12 hijos. El número de hijos por mujer va disminuyendo gradualmente, probablemente sea por la planificación familiar muy difundida en estos últimos tiempos, tanto por personal de salud como por medios de comunicación. A más hijos mayor el costo de vida porque cada día sube imperceptiblemente los precios de la canasta familiar.

Tabla 13. Ayuda del padre en el cuidado del niño. Hospital Municipal San Julián. 2013

VARIABLE	FRECUENCIA	%
Siempre	17	38
Nunca	6	13
A veces	13	29
No vive con ellos	9	20
TOTAL	45	100

En un 38% existe una paternidad compartida ayudando siempre en el cuidado del niño (a) esto nos demuestra que vamos ganando batalla contra el machismo que por muchos años llevaba la delantera.

El 29% a veces ayuda cuando está en la casa, porque en la mayoría de los hogares el padre se ausenta al chaco (Brechas) a trabajar para el sustento de su familia, esta ausencia no tiene un tiempo definido abarcando de días a semanas o en los casos extremos meses.

El 20% no vive con ellos por algunas circunstancias de la vida, este grupo engloba a las madres solteras, viudas, madres que se quedan solas al cuidado de sus niños porque el padre tuvo que ausentarse a otro país para mejorar las condiciones de vida de su familia olvidando el vínculo afectivo. Estos niños se encuentran en desventaja con los primeros al recibir sólo el cuidado de uno de sus progenitores.

El 13% no ayuda nunca, en esta minoría se encuentra los padres de antaño que hacen prevalecer su papel de "macho".

Tabla 14. Grado de instrucción de las madres. Hospital Municipal San Julián. 2013

VARIABLE	FREC	%
Primaria	16	36
Secundaria	14	31
Superior	8	18
Ninguno	7	15
TOTAL	45	100

EL 36% tiene menor nivel de educación; 31% nivel intermedio de educación, este porcentaje obtenido nos demuestra la maternidad temprana en el Oriente del país que interrumpe al grado de educación. El 18% corresponde a madres que tienen mayor nivel de educación, y el 15% son madres sin educación procedentes del interior del país que hablan el idioma quechua.

Tabla 15. Idioma de las madres. Hospital Municipal San Julián. 2013

IDIOMA	FREC	%
Castellano	15	33
Quechua	6	13
Castellano-Quechua	24	54
TOTAL	45	100

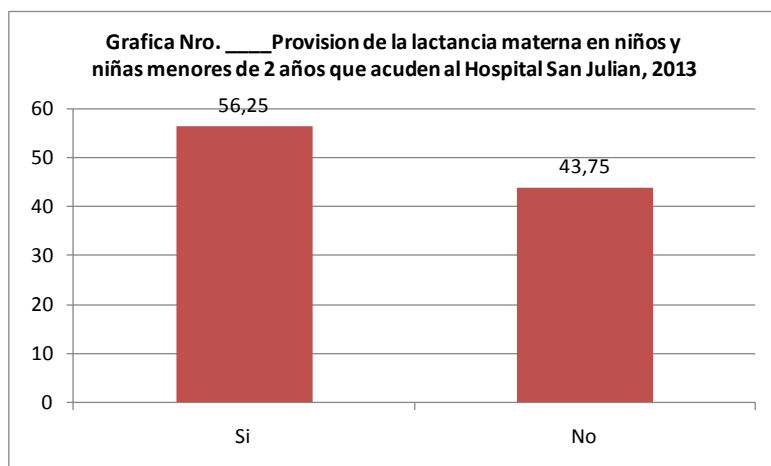
El 54% son bilingües que tienen la facilidad de comunicación, 33% son monolingües que hablan castellano y el 13% habla idioma nativo quechua producto de las migraciones internas, que es una limitante por lo que son incomprendidas por el personal de salud nuevo que no habla el idioma.

Tabla 16. Procedencia de las madres. Hospital Municipal San Julián. 2013

PROCEDENCIA	FREC	%
Potosí	14	31
Santa Cruz	10	22
Sucre	8	18
Oruro	5	11
Cochabamba	4	9
La Paz	4	9
TOTAL	45	100

Una mayoría proviene del occidente de las provincias, producto de las Colonizaciones, trayendo consigo su idioma, cultura, costumbres, etc. Llevando la delantera Potosí (31%) seguida de Sucre (18%), Oruro (11%), Cochabamba y La Paz (9%).

El 22 % de Santa Cruz, la minoría son del lugar, la mayoría son hijos de colonos nacidos en el Municipio de San Julián.



El 56.25% de los niños menores de 2 años sigue lactando y el 43.75% ya no se beneficia del mismo.

Tabla 17. Edad de supresión de Lactancia materna. Hospital Municipal San Julián. 2013

EDAD	FREC	%
3 meses	2	12
5 meses	1	6
7 meses	2	12
9 meses	3	17
> 1 año	9	53
TOTAL	17	100

El 53% suprimió la lactancia después de 1 año, la mayoría dependía de la leche materna rechazando la alimentación complementaria como resultado algún grado de desnutrición. EL 17% a los 9 meses; 12% a los 7 meses por una gestación no esperada; 12% a los 3 meses y 6% a los 5 meses incumpliendo la ley de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses; 3,5,7,9 meses son edades vulnerables donde comienza la desnutrición.

**Tabla 18. Número de comidas que reciben los niños y niñas en 24 horas.
Hospital Municipal San Julián. 2013**

Nº COMIDAS	FREC	%
2 – 3	19	50
4 – 5	12	32
6 – 7	7	18
TOTAL	38	100

El 50% de los niños (as) recibe de 2 a 3 comidas, alimentación que corresponde a un niño (a) de 6 meses; el 32% recibe de 4 a 5 comidas, aproximándonos a las normas del AIEPI NUT y 18% recibe de 6 a 7 comidas que estaría fuera de las normas ocasionando la malnutrición.

Tabla 19. Base de Alimentación proporcionada a los niños y niñas. Hospital Municipal San Julián. 2013

VARIABLE	FREC	%
Carbohidratos = Proteínas	8	21
Carbohidratos > Proteínas	15	40
Carbohidratos < Proteínas	2	5
Carbohidratos	13	34
TOTAL	38	100

Del 40% la base de alimentación es rico en carbohidratos, pobre en proteínas; del 34% sólo carbohidratos; del 21% carbohidratos y proteínas en igual proporción; del 5% su alimentación es rico en proteínas, pobre en carbohidratos; evaluando el aporte de nutrientes de la dieta proporcionada comparando con los requerimientos nos indican que la dieta es deficiente "hipercarbonada".

Tabla 20. Cantidad de comida recibida para la edad del niño y niña. Hospital Municipal San Julián. 2013

CANTIDAD	FREC	%
Suficiente	14	37
Insuficiente	24	63
TOTAL	38	100

Hablamos de suficiente cuando a la edad de 6 meses la primera y segunda semana consume tres cucharas rasas de papilla compuesta por tubérculos cocidos, la tercera y cuarta semana 6 cucharas rasas de papilla compuesta por cereales cocidos y verduras en menos proporción. A los 7 meses 7 cucharas introduciendo gradualmente las verduras, carnes, frutas (melón, durazno, pera, manzana, plátano, mango) leguminosas, así sucesivamente aumentar una cuchara por cada mes cumplido para llegar a 11 cucharas rasas a los 11 meses cumplidos.

De 1 año a 2 años consume de 12 cucharas rasas para llegar a las 15 cucharas a los 2 años, en esta época se introducen la leche y sus derivados, huevo, frutas (cítricos, tomate, kiwi, frutilla), pescado, vegetales, oleaginosas.

Tabla 21. Consistencia de las comidas .Hospital Municipal San Julián. 2013

CONSISTENCIA	FREC	%
Liquido-Solido	14	37
Solido	5	13
Liquido	19	50
TOTAL	38	100

Del 50% su alimentación es a base de sopitas o caldos ralos que no aportan nutrientes, esta creencia de las sopas como alimento nutritivo está arraigado en esta población de estudio; 37% consume líquidos con sólidos (puré, papillas espesas) y el 13% consume sólido, a mayor masticación e insalivación más nutritiva y de fácil digestión es el alimento, preferentemente los alimentos deben ser crudos y vivos como es el caso de las verduras y frutas que pierden sus propiedades nutritivas cuando son sometidas a la cocción.

Tabla 22. Prácticas de Limpieza e higiene, Lavado de manos con agua y jabón de la madre o cuidadora del niño y niña.

	FREC	%
Si	20	40
No	30	60
TOTAL	50	100

El 60% de las entrevistadas se lava las manos sólo con agua, a veces utilizan jabón u otro detergente, existe deficiencia en la higiene de las madres ocasionando episodios repetitivos de enfermedades diarreicas agudas que junto a la inadecuada ingesta de nutrientes son las principales causas de desnutrición. El 40% se lava con agua y jabón.

Tabla 23. Prácticas de Limpieza de la madre o persona que cuida al niño (a) en el Consumo de Alimentos (Momento en que se lava las manos).

Nº Cod	VARIABLES	FREC	%
01	Antes de cocinar	7	14
04	Después de cambiar el pañal	4	8
01 02	Antes de Cocinar Antes de dar su alimento al niño	15	30
01 03	Antes de Cocinar Después de ir al baño	10	20
01 02 03	Antes de Cocinar Antes de dar su alimento al niño Después de ir al baño	6	12
02 03 04	Antes de dar su alimento al niño Después de ir al baño Después de cambiar el pañal	6	12
01 02 03 04	Antes de Cocinar Antes de dar su alimento al niño Después de ir al baño Después de cambiar el pañal	2	4
	TOTAL	50	100

El 30% practica el lavado antes de cocinar y antes de dar su alimento al niño. El 20% antes de cocinar y después de ir al baño, cumpliendo el 50% de la limpieza que indica las normas establecidas en el AIEPI NUT.

El 14% antes de cocinar. El 8% después de cambiar el pañal, cumpliendo un 25% de la limpieza según las normas.

El 12% antes de cocinar, antes de dar su alimento al niño, después de ir al baño. El otro 12% antes de dar su alimento al niño, después de ir al baño, después de cambiar el pañal, cumpliendo el 75% de las normas.

El 4% antes de cocinar, antes de dar su alimento al niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal, cumpliendo al 100% las normas.

Las madres o cuidadoras en su mayoría no practican hábitos de higiene en la preparación y consumo de alimentos.

Creencias y Costumbres:

Tabla 24. Con que otro nombre conoce la Desnutrición?

VARIABLE	FREC	%
No sabe	10	20
mocheo	26	52
Orejado	12	24
Espasmo	2	4
TOTAL	50	100

El 52% conoce como mocheo, nombre típico de la región del oriente. El 24% como orejado (aikado en quechua), nombre típico del occidente, el 4% como espasmo que sería la minoría, el 10% conoce sólo como desnutrición.

Tabla 25. Cree en el mocheo u orejado (enflaquecimiento extremo) y porqué

Nº Cod	VARIABLES	FREC	%
01	Si, porque tenía mocheo mi hijo (a), bien flaquito (a) estaba y no mejoraba con nada, ahora está recuperando desde que lo hicimos curar con el curandero	13	33
01	Si, porque tiene mocheo mi hijo(a) porque su carnecito es muy blandito ,no quiere comer, orina hediondo y suda mucho una sudoración fría y no le hace nada los remedios del hospital	8	20
01	Si porque he visto sanar a muchos niños (as) orejados	5	13
01	Si porque los niños aunque coman no suben de peso transpiran mucho una sudoración fría, y huele su cuerpo. deshidratándose	6	15
02	No creo en el mocheo.....pero Varias personas me dijeron que mi hijo(a) tiene mocheo por eso es delgadito y nunca recupera a pesar que yo hago lo posible para que suba de peso	3	7
02	No creo, más bien acuso de que nuestros niños mueren por nuestra creencia	3	7
02	Creía hasta que entro en la panza del chivo u oveja y no recuperó nada sigue lo mismo	2	5
	TOTAL	40	100

El 33% cree porque su niño (a) tuvo mocheo, que actualmente está curado (a) o en proceso de curación.

El 20% cree porque actualmente de su niño (a) su carnecito es muy blandito ,no quiere comer, orina hediondo y suda mucho una sudoración fría y no le hace nada los remedios del hospital.

El 15% cree porque los niños aunque coman no suben de peso transpiran mucho una sudoración fría, que ocasiona la deshidratación y huele su cuerpo.

El 13% cree porque fue testigo de la sanidad de muchos niños (as) orejados.

El 7% no cree... pero varias personas les dijeron que sus hijos(as) tienen mocheo por eso son delgaditos y nunca recuperan a pesar que los alimentan no suben de peso. El otro 7% no cree y acusa que los niños (as) mueren por la creencia.

El 5% creía hasta que ingresó en la panza del chivo u oveja su niño y no recuperó nada.

Tabla 26. Creencia sobre la causa del mocheo u orejado

Nº Cod	VARIABLES	FREC	%
01	No sabe	3	8
02	Se debe a los malos olores que el niño huele como carne en putrefacción de animales muertos.	15	37
02	Se debe a los malos olores que el niño huele como carne en putrefacción de animales muertos.	10	25
03	También ese olor hace mal a la embarazada y su wawa nace flaquito. Esos olores contaminan la sangre y el niño se siente hartado y deja de comer o lactar, produciendo enflaquecimiento extremo.		
02	Se debe a los malos olores que el niño huele como carne en putrefacción de animales muertos	8	20
04	Esos olores ocasionan sudoración fría y el niño deja de comer.		
05	Cuando uno va al cementerio ó acompañando difuntos con su niño ó estando embarazada, para evitar eso uno tiene que llevar ajo y ají en vaina para impedir que ese olor entre al cuerpo	2	5
06	El espasmo se da cuando no se lo abriga al niño, se lo debe abrigar bien hasta los 6 meses, si no le entra el sereno.	2	5
	TOTAL	40	100

El 37% que es la mayoría coincide: Se debe a los malos olores que el niño huele como carne en putrefacción de animales muertos.

El 25% también apoya a la mayoría con respecto a los malos olores, añadiendo que ese olor también afecta a la embarazada por eso su bebé nace desnutrido, el mal olor contaminaría la sangre por lo que el niño se siente lleno por lo que deja de comer o lactar produciéndose la desnutrición.

El 20% también apoya a los malos olores, esos olores ocasionan sudoración fría y el niño deja de comer. El 8% desconoce la causa, probablemente son las mismas personas que no creen.

El 5% cree que se da cuando uno va al cementerio ó acompañando difuntos con su niño ó estando embarazada, para evitar eso tienen que llevar ajo y ají en vaina para impedir que ese olor entre al cuerpo. Y el otro 5% dice que el espasmo se da cuando no se lo abriga al niño, se lo debe abrigar bien hasta los 6 meses. caso contrario le entrará el sereno (humedad por las mañanas o al caer la noche).

Tabla 27. Creencias sobre tratamiento de mocheo u orejado

Nº Cod	VARIABLE	FREC	%
01	Se baña al niño con hierba como el ajo-ajo; toco toco, en varias oportunidades	7	18
02	Se coloca al niño a la panza de la vaca recién carneada por 15 minutos, Sacarlo en un trapo negro, hacerle sudar y dejarlo dormir ahí se cura del mocheo.	15	38
03	De la cara interna de la mejilla se le saca una cosa como un gusanito blanco, en su interior contiene agua, dicen que ese es gente y si no le sacan de adentro no le deja engordar eso no más se alimenta.	5	13
04	Se baña con planta de albahaca y se hace tomar de la misma infusión una pequeña cantidad para que salga el olor feo que hay dentro el cuerpo, también se puede bañar con muña, molle de acuerdo a la región.	4	10
05	Para el espasmo se usa aceite de cusi o de bacalao, untarlo 3 días por la noche y no dejar que tome aire hasta el día siguiente.	2	5
06	Conocimiento parcial, solo refieren a base de baño de hierbas	4	10
07	Nariz de zorro, se usa como collar en el cuello	1	2
08	Collar de ajo hasta que se deshidrate para sacar los malos olores	1	2
09	Untar con miel de abeja en todo el cuerpo por las noches de 2 a 3 veces y esto hace sudar como agua.	1	2
	TOTAL	40	100

El 38% cree que se debe colocar al niño a la panza de la vaca recién carneada por 15 minutos, luego sacarlo en un trapo negro, hacerle sudar y dejarlo dormir ahí se cura del mocheo.

El 18% cree en los baños con hierba como el ajo-ajo; toco toco, en varias oportunidades hasta que se tenga mejoría.

El 13% cree que de la cara interna de la mejilla se le saca una cosa como un gusanito blanco, en su interior contiene agua, dicen que ese es gente y si no le sacan de adentro no le deja engordar eso no más se alimenta.

El 10% cree que se debe bañar con planta de albahaca y hacer tomar de la misma infusión una pequeña cantidad para que salga el olor feo que hay dentro el cuerpo, también se puede bañar con muña, molle de acuerdo a la región: el otro 10% tiene un conocimiento parcial creen que se debe bañar con hierbas que no especifican.

El 5% para el espasmo usa aceite de cusi o de bacalao, untando en el cuerpo del niño (a) 3 días por la noche y no dejar que tome aire hasta el día siguiente.

El 2% cree en: Collar de ajo hasta que se deshidrate para sacar los malos olores; Untar con miel de abeja en todo el cuerpo por las noches de 2 a 3 veces y esto hace sudar como agua; Nariz de zorro, se usa como collar en el cuello.

Tabla 28. Conocimiento de los alimentos tradicionales

	FREC	%
Si	31	62
No	19	38
TOTAL	50	100

El 62% conoce algún alimento nutritivo tradicional aprendido de sus antepasados y el 38% desconoce porque existe una alta influencia de los alimentos industrializados que son nocivos para la salud, que van ganando más terreno con el transcurso de la tecnología.

Tabla 29. Costumbre de consumo de los alimentos tradicionales

VARIABLE	FREC	%
No consume	6	19
A veces	19	62
Siempre	6	19
TOTAL	31	100

El 62% consume de manera irregular estos alimentos prodigiosos que mencionaremos a continuación de mayor a menor consumo: Verduras propias de la región, trigo, maíz, frejol, quinua, soya, yuca, frutas, haba, sorgo, plátano verde, cebada, totaí (calucha), motacú, cupesí (similar al taco del occidente).

El 19% no consume a pesar de que tienen conocimiento de los alimentos tradicionales. Y el otro 19% siempre está dependiendo de estos alimentos que son muy nutritivos en su forma natural.

Tabla 30. Por qué no consume o consume de forma irregular los alimentos tradicionales

VARIABLE	FREC	%
Cuesta caro	6	24
Difícil de preparar	4	16
Costumbre al arroz y fideo	6	24
A lo tradicional le fue reemplazando alimentos ya preparados de fácil consumo	4	16
Contaminación de los productos	3	12
No es a mi gusto	2	8
TOTAL	10	100

EL 24% de las encuestadas responde "cuesta caro" por eso consumen de forma irregular; el otro 24% refiere que están acostumbrados con arroz y fideo; 16% responde "difícil de preparar"; el otro 16% esta consiente de que a lo tradicional le fue reemplazando alimentos ya preparados de fácil consumo; 12% manifiesta que hay contaminación por la fumigación, dando resultado a los alimentos transgénicos; al 8% no le agrada.

Tabla 31. Cree que si introducimos el alimento tradicional en su alimentación del niño (a) aportaría los nutrientes necesarios?

VARIABLE	FREC	%
Tendríamos que hacer la prueba	8	16
Si	31	62
No	6	12
No sabe, no responde.	5	10
TOTAL	50	100

El 62% cree en los beneficios que proporcionan estos, argumentando con sus comentarios (la soya y quinua son nutritivos.....el wilkaparo se usa frecuentemente en los niños que no lactan o quedan huérfanos..... se debe creer más en la naturaleza que Dios nos dio.....ahora que recuerdo las abuelas nos daban queso y mote fresco allá en el campo..... es más sano que el fideo.....el tostado fortalece los dientes.....todo es bueno lo que da la tierra)

El 16% tiene duda colocando a prueba y constatarse de su efectividad.

El 12% no cree afirmando que para eso se hicieron los tónicos y multivitaminas que se venden en las farmacias.

Por los resultados obtenidos de la entrevista semiestructurada se deduce que la mayoría de las madres que tienen niños (as) desnutridos (as))están motivadas para ayudar en el mejoramiento de la alimentación de sus niños, hay disponibilidad de tiempo por parte de ellas, se debe trabajar en las debilidades encontradas.

IV.-Diseño y selección de técnica e instrumentos

. Partimos de la revisión de libros de Registro de Consulta Externa de Pediatría (Cuaderno N° 4 Atención Integral del niño menor de 5 años) donde se registra el control de niño sano y estado nutricional (peso - talla) (talla - edad) por grupos etarios. Y otras Fuentes de información Secundaria: Datos del SNIS SVEN, datos del ENDSA y otros.

. Es una investigación Cuantitativa y Cualitativa retro prospectiva, transversal, analítica

. Para la selección de la muestra se utilizó al principio un muestreo no probabilística por conveniencia para concluir al azar. El tamaño de la muestra es específica donde se asegura la representatividad de los siguientes indicadores: talla para la edad, peso para la edad, peso para la talla en el ámbito local de estudio. El tamaño de muestra (50 niños) se extrae al principio del grupo afectado tomando en cuenta los más vulnerables (16 entre niños y niñas). El marco muestral se basa en la información proporcionada de una entrevista semiestructurada a las madres o tutores de los niños que acuden al hospital.

- Elaboramos cuadros y tablas de salida para su análisis e interpretación
- Para la Propuesta de intervención elaboramos un árbol de problemas y su correspondiente árbol de objetivos.
- Usamos metodológicamente el Marco Lógico asumiendo como una herramienta gerencial de uso universal en el contexto boliviano e internacional.

4.1 Área de Estudio:

4.1.1 Lugar de Estudio.- San Julián Centro, localizado en el Municipio de San Julián de la provincia Ñuflo de Chávez, departamento Santa Cruz de la Sierra.

Límites Territoriales: El Distrito de **San Julián Centro** tiene sus límites: Al Norte con el Distrito La Asunta, al Oeste al Sur y al Este con el Distrito Villa Paraíso.

Extensión: 45.908 Has.

Comunidades= 31.483 Has.

San Julián Centro= 14.425 Has.

4.1.2 Establecimiento: El Hospital Municipal Boliviano Cubano San Julián se localiza en la jurisdicción del Municipio de San Julián que se constituye en la capital de la cuarta sección Municipal de la provincia Ñuflo de Chávez del

departamento de Santa Cruz. En San Julián Centro, barrio Centro Zonal a 500 metros de la Alcaldía.

La Red de Salud del municipio, cuenta con 23 servicios de salud dependiente del Servicio Departamental de Salud -SEDES-, que dependen técnicamente del Ministerio de Salud y Deportes -MSD-y administrativamente pertenece al Gobierno autónomo Departamental de Santa Cruz. Dentro el Municipio la máxima autoridad es el Directorio Local de Salud -DILOS-, que tiene por tarea el cumplimiento, implementación, aplicación de las políticas y de los programas de salud considerados prioritarios en el municipio. El DILOS está conformado por el Alcalde Municipal, el Director Técnico representante del SEDES y el presidente del Comité de Vigilancia.

Estos servicios de salud funcionan bajo la responsabilidad de la Unidad de Salud que hace cumplir las políticas de salud. De estos 23 servicios, 10 funcionan como Centros de Salud y 13 son Puestos de Salud.

EL Hospital Municipal Boliviano Cubano fue acreditado en mayo de 2010 en su evaluación por el comité Departamental de Acreditación, ha logrado un 97.15 % de cumplimiento de estándares obligatorios de la guía de acreditación, siendo el Hospital que mayor puntaje a obtenido en toda la Chiquita nía cruceña ganando la ESTRELLA DORADA; por lo que se considera ACREDITADO como hospital de Primer Nivel de Atención.

EL Hospital Municipal Boliviano Cubano, tiene la misión de: ***“brindar atención integral y especializada en Salud; con calidad y calidez eficaz, eficiente y oportuna. Acogiendo a todos en un ambiente de equidad y respeto a la interculturalidad, en las especialidades médicas básicas y odontología, disminuyendo la morbi-mortalidad, priorizando al binomio madre niño de nuestro municipio”***.

A pesar de haber sido acreditado como hospital de Primer Nivel de Atención es un hospital de referencia de todo el municipio y municipios vecinos, ya que cuenta con diferentes medios de diagnóstico y resolución médica: Especialidades médicas que ofrece: Cirugía general, Anestesiología, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Odontología y medicina General, Servicios auxiliares

de diagnóstico médico: laboratorio Clínico, servicio de ecografía, servicio de electrocardiograma, Radiografía, Endoscopía. Transfusión.

En el año 2009 se introdujo el MODELO Y PROTOCOLO DE ATENCION A LA MADRE CON INTERCULTURALIDAD, viabilizando para ello la camilla ginecológica intercultural,

Es un hospital que brinda:

- a) Servicio de consulta externa en sus 4 especialidades (Ginecología, Medicina Interna, Cirugía y Pediatría) Medicina General y Odontología.
- b) Servicio de Emergencia ininterrumpido las 24 horas con atención médica general, servicio de farmacia, enfermería, laboratorio. Y ha llamado ecografía, radiología e interconsulta con especialidad en pacientes complicados
- c) Servicio de Hospitalización con 24 camas de Internación, donde el paciente es valorado y evolucionado por especialidad.
- d) Servicio de Cirugía, cuenta con 2 quirófanos, uno de ellos es para cirugía general.
- e) Servicio de Transfusión.

La población total asignada al Hospital Municipal San Julián es 6272 personas, de estas 1031 son menores de 5 años, 420 son menores de 2 años.

V.- Relación del proyecto de intervención con lineamientos de la política pública

El proyecto contribuye a la aplicación del Programa Multisectorial Desnutrición Cero. Fortaleciendo el objetivo específico que dice en el inciso: b) Mejorar los hábitos de alimentación y cuidado de la salud de niños y niñas menores de 5 años.

El objetivo general del PMDC es la erradicación de la desnutrición crónica y aguda en los menores de cinco años con énfasis en los menores de dos años de edad.

El Gobierno Nacional reposicionó el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición

(CONAN) a través de la promulgación del Decreto Supremo No. 28667 del 5 de abril de 2006, cuyo objeto es impulsar y coordinar la participación entre las instituciones del sector público y sociedad civil para la formulación, difusión y seguimiento de las Políticas Sectorial de Alimentación y Nutrición, promoviendo la elaboración de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, orientada al ejercicio del Derecho Humano a la Alimentación Adecuada y la erradicación de la desnutrición.

“La estrategia propone un paquete de programas y proyectos integrados para abordar los factores claves determinantes de la desnutrición. Este paquete está Enfocado básicamente a contribuir a mejorar los activos sociales a través del acceso a servicios básicos, alimentos, nutrientes, educación y salud; un enfoque intensivo en el debido cambio de comportamiento relacionado con el mejoramiento de los hábitos de alimentación y cuidado de la salud de los niños y niñas menores de 5 años y de auto cuidado de las mujeres durante el embarazo, e incrementar el acceso de las familias a los alimentos en cantidad y calidad suficientes”. (CTCONAN. Programa Multisectorial Desnutrición Cero: Primera aproximación. Marzo de 2008)

Estrategias Complementarias:

El **Bono “Juana Azurduy”** creado por decreto supremo en Mayo de 2009, es un incentivo económico (transferencia condicionada) que reciben las madres bolivianas; con el objetivo de incrementar la demanda de servicios integrales de salud de mujeres embarazadas y niños/as menores de 2 años.

La nueva Constitución Política del Estado en su artículo No. 407 garantiza la **soberanía y seguridad alimentaria**, priorizando la producción y el consumo de alimentos de origen agropecuario producidos en el territorio boliviano.

El Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” 2006-2011, aprobado mediante Decreto Supremo N° 29272, el 12 de septiembre de 2007, enuncia su anhelo de construir un Estado

Plurinacional y comunitario, la formación de una economía estatal, mixta, privada y plural, la misma que reconoce la importancia de la **Política de Seguridad y Soberanía Alimentaria**, y asume su compromiso con el derecho humano a la alimentación de toda la población boliviana

VI.-Justificación del Proyecto

La Desnutrición infantil es una **emergencia** que debe ser atendida, si a este llamado no nos sumamos a intervenir de seguro en el futuro estaremos cosechando muchas calamidades, y no nos sorprendamos, porque hoy es el momento de actuar. Debemos salvar a los niños de los daños graves e irreversibles que provoca la desnutrición en el primer tramo de la vida. Las políticas económicas no son suficientes para generar desarrollo si las personas tienen su cerebro “dañado”²⁶.

Frente a este problema no podemos quedarnos con las manos cruzadas sin hacer nada, debemos hacernos responsables y buscar la solución, concientizándonos que de nuestro proceder bueno o malo depende el futuro de estos pequeños que la mayoría nacieron en una cuna pobre de escasos recursos, .así lograremos dormir cada noche tranquilos sin que nos perturbe la conciencia porque daremos lo mejor de nosotros.

Volver a lo tradicional no responde a un capricho o es simple consecuencia de la costumbre. El ser humano ha aprendido luego de una larga lucha, qué es lo que más le conviene. El conocimiento científico ha deslumbrado al hombre moderno haciendo menospreciar lo tradicional, sin embargo durante miles de años los seres humanos se han aferrado a ciertas tradiciones porque la experiencia le ha indicado que es lo más adecuado.

El espíritu tradicional está vivo en el corazón de los simples granos de soya o maíz, etc. Durante milenios el hombre ha sobrevivido con estos alimentos. Actualmente se refinan estos granos donde pierden un 50% de su potencia vital y

nos nutrimos con productos mutilados creados por la Industria que sólo busca vender grandes volúmenes de sus alimentos "nutritivos".

El alimento produce la vitalidad, debemos buscar la fuente de la vitalidad que es el mayor tesoro y al encontrarlo tenemos la mayor felicidad porque encontramos el origen de la vida.

San Julián es una pequeña Bolivia donde conviven muchas culturas , predominando los quechuas que aún conservan su idioma nativo ,frente a la minoría que es el aymará, guaraní, ayoreo. Siendo el Municipio primer productor de soya a nivel Nacional, no valoran ni consumen las bondades nutritivas que tiene este grano maravilloso.

El hospital municipal boliviano cubano san Julián acoge a numerosos pacientes, siendo el único hospital de referencia que cuenta con especialistas de las distintas ramas en toda la chiquitanía, sumándose a este el crecimiento demográfico de la región en los últimos años , hay una necesidad imperiosa de contar con un Centro Nutricional que funcione en beneficio de los niños desnutridos de nuestro Municipio y aledaños.

VII.- análisis de actores

7.1 Beneficiarios directos

.Niños y niñas desnutridos desde recién nacido hasta los 2 años cumplidos donde no tendrán que realizar larga fila para conseguir una ficha de atención.

.El Hospital donde disminuirá la incidencia de las enfermedades prevalentes de la infancia.

.Las madres que se capacitaron en nutrición a base de alimentos tradicionales para el bien de la familia, ya que la cocina es el laboratorio de vida o muerte.

7.2 Beneficiarios Indirectos.

.Las familias que reducirán el costo de curación, cuando se intervenga la desnutrición ya que este es un factor causal para la presentación de enfermedades prevalentes.

.Las personas que se dedican a cultivar los alimentos tradicionales y comercializarlos.

.Fuentes de trabajo desde el principio del proyecto, hasta después de concluido el proyecto

7.3 Oponentes

.Médicos que no aceptan la incorporación del alimento nutritivo tradicional como complementariedad al PMD Cero.

.Empresas Farmacéuticas que promocionan preparados nutricionales listo para su consumo.

.Personas con desconocimiento de las propiedades nutritivas de los alimentos tradicionales que se encuentran anclados con el uso de "nutrientes sintéticos"

7.4 Afectados

.Farmacias que venden de manera clandestina preparados nutricionales listo para su consumo.

.Médicos tradicionales que ofertan servicios lucrativos

.Consultorios particulares que prestan servicios de atención a las enfermedades prevalentes. **7.5 Aliados**

.SEDES Santa Cruz con el Programa Multisectorial de Desnutrición Cero.

.Municipio gestiona la implementación en su POA en el rubro de salud.

.ONGs locales que trabajan en salud y educación

.Juntas vecinales de los barrios del Municipio.

.Defensoría de la Niñez y Adolescencia del Municipio.

VIII.- Contexto o lugar de Intervención

8.1 Geográfica.-

8.1.1 Situación geográfica y accesibilidad.- El Municipio de San Julián se creó por la Ley N° 1.0091, del 21 de Febrero de 1989. Está constituido por dos cantones: San Julián y Saturnino Saucedo.

Este Municipio es la Cuarta Sección de la Provincia Ñuflo de Chávez del Departamento de Santa Cruz.

Coordenadas geográficas de San Julián - Ñuflo de Chávez, 16° 35' 07" Latitud Sur 62° 22' 07" Longitud Oeste

La superficie de **San Julián - Ñuflo de Chávez** es de 485 Kilómetros Cuadrados, el cual representa el 1% del territorio del estado.

8.1.1.1 Accesos al Municipio de San Julián: El acceso al Municipio de San Julián se lo hace partiendo desde Santa Cruz de la Sierra, ciudad Capital del Departamento, por carretera asfaltada que une el Departamento de Santa Cruz con el Departamento del Beni, con un recorrido de 150 Km. Y un tiempo de viaje de 2.5 Hrs. Normales,

San Julián Centro cuenta con varias líneas de transporte diario de pasajeros a través de taxis, micros y flotas que cubren los desplazamientos: una ruta cubre San Ramón, Villa Paraíso, Fortín Libertad y Cuatro Cañadas, y otra la Brecha Casarabe, Central 14, 12 entre otras. Y al exterior del municipio en dos direcciones: Santa Cruz y el Departamento del Beni y las poblaciones de la Chiquita nía.

8.1.1.2 Límites Territoriales: El Distrito de **San Julián Centro** tiene sus límites: Al Norte con el Distrito La Asunta, al Oeste, Sur y Este con el Distrito Villa Paraíso

8.1.1.3 Extensión: 45.908 Has. Comunidades= 31.483 Has. San Julián Centro= 14.425 Has.

8.1.2 Características físico-naturales

8.1.2.1 Geología: El municipio está ubicado en el área geológicamente llamada Llanura Chaco Beniana que se sitúa entre el escudo chiquita no y la Faja Subandina. La Llanura Chaco-Beniana está constituida por sedimentos fluvio lacustres originados en el sub andino y el Escudo Chiquitano, acarreados y depositados por los diferentes ríos y quebradas que surcaron la llanura.

Los suelos están formados por sedimentos aluviales del cuaternario los cuales dieron origen a las llanuras aluviales y de inundación antigua.

Son suelos jóvenes con poco desarrollo podogenético y con superposición de estratos de diferentes tipos de gránulos.

Químicamente los suelos presentan reacciones de ligera a fuertemente ácidas, no tienen problemas de salinidad, muestran diversa capacidad de intercambio de cationes y una alta o muy alta saturación de bases. Todo ello constituye que los suelos del municipio sean clasificados de aptos para la agropecuaria intensiva.

8.1.2.2 Altitudes

Las altitudes en el territorio varían desde alturas mínimas de 220 msnm. En el Norte hasta alturas de 260 msnm. Por lo general la altitud promedio de todo el Municipio es de 240 msnm.

8.1.2.3 Relieve

No se presentan diferencias notables en el relieve de los suelos del Municipio. Al tratarse de suelos que fueron formados por rebalses de Río Grande, estos

Presentan paisajes homogéneos

8.1.2.4 Topografía

La topografía general predominante plana, con pendientes que no sobrepasan el 5 %, es decir, en cada 100 m. lineales de terreno existe menos de 5 m. de desnivel.

Considerando las curvas de nivel máximas de 260 msnm. Hacia el Sur y la curva de nivel mínima de 220 msnm. Hacia el Norte del Municipio y la longitud de 100 Km.

De Norte a Sur, la pendiente promedio es de 0.04 % (40 cm. Por c/100m. lineales de terreno). Los datos fueron extraídos del mapa del IGM. A escala 1:50.000

8.1.2.5 Clima: El Municipio de San Julián tiene un clima húmedo subtropical con una temperatura promedio de 24 C° y una precipitación promedio anual de 1.300 mm.

De acuerdo a los registros pluviométricos en el año se distinguen dos épocas:

Verano: Época lluviosa que comprende de octubre a marzo y acumula el 70% del total de lluvias, siendo de diciembre a marzo los meses más lluviosos y que se registran las temperaturas más elevadas

Invierno: Época seca que comprende de abril a septiembre, siendo Junio a Agosto los meses de menor pluviosidad y temperaturas inferiores.

La humedad relativa del aire un promedio de 75 %

8.1.2.6 Temperatura

La temperatura media anual es de 24,3° C. El máximo diario fluctúa entre 30 y 35°C en verano y entre 3 y 5°C para la mínima diaria en invierno.

8.1.2.7 Precipitación Pluvial.

Existe una importante variación en la pluviosidad total de la zona de San Julián, Esto debido a la extensión del municipio. Según el mapa de Isoyetas e Isotermas del departamento (CORDECRUZ-SENAMHI, 1988) está 1.100 mm de precipitación en el extremo sur y 1.500 mm en el extremo comprendido entre las isoyetas de norte.

El mayor porcentaje de las lluvias se concentran en los meses que van desde Noviembre a Marzo (estación húmeda, verano), y el menor porcentaje se registra en los meses de Junio hasta Agosto (estación seca, invierno).

El balance hídrico de la estación de San Julián muestra una situación de equilibrio, con una evaporación potencial de 1.256 mm; solo hay un mínimo de exceso de humedad entre Febrero y Mayo y una deficiencia que es más notoria en el mes de Octubre principalmente.

8.1.3 Recursos hidráulicos y de drenaje

El municipio de San Julián está rodeado por el Río Grande al occidente y el Río San Julián al oriente. Esta localización desde hace una década se está convirtiendo en un problema por los continuos desbordamientos del Río Guapay (Río Grande).

El abastecimiento de agua para los distintos usos proviene de pozos profundos y semiprofundos (bombas de rosario, infladores), norias, paúros, y aguas

estancadas o curichis (charcas). Muchas comunidades, especialmente del cantón de San Julián, están ubicadas en la zona denominada "negra" por el alto grado de salinidad del agua.

En algunas zonas del Municipio existen verdaderos problemas de drenaje ocasionados y agravados por las obstrucciones de drenes naturales como consecuencia de los terraplenes construidos para la carretera Santa Cruz-Trinidad y los caminos vecinales.

8.1.4 Recursos forestales y vegetación natural

Más del 50% de la superficie del Municipio está cubierta por monte alto pero sin especies maderables significativas debido, en parte, a la explotación forestal que fue intensiva para la construcción de sendas de explotación petrolera para la que se extrajo gran cantidad de madera valiosa. Después la construcción del camino a la Brecha Casarabe incentivó más esa actividad. De esta manera se redujo al mínimo la existencia de especies maderables de mayor valor económico.

La vegetación natural está constituida por el bosque alto y denso, latifoliado y semidecídulo, con diversidad de especies de menor valor económico que las maderables como por ejemplo el curupaú, cuta, verdeolago, hichiturique, ajo ajo, jichi, curiqui, etc...

8.2 Política

La población está articulada en organizaciones e instituciones. Existen 2 Federaciones especiales y una central que aglutinan al 100% de las comunidades campesinas, de la misma manera existen dos asociaciones de juntas vecinales que aglutinan a las aproximadamente 40 juntas vecinales existentes. Una de las federaciones ha logrado ganar dos concejalías en el Gobierno Municipal de San Julián.

Por otra parte éstas organizaciones tienen un funcionamiento regular, es decir, tienen fechas establecidas de reuniones, asambleas, ampliados y congresos que cumplen disciplinadamente.

Aportan para que esta potencialidad sea manifiesta:

La existencia de un **Comité de Vigilancia (CV) que funciona regularmente y cumple su función.** Las principales actividades que ha realizado el CV son: La organización de un foro debate de los candidatos a Alcalde en las elecciones

municipales de 1999; La revisión minuciosa del POA 2000 y un pronunciamiento al respecto; Medio centenar de solicitudes de informe de ejecución presupuestaria y ampliación de informes económicos; la esteria y ampliación de informes económicos; la participación en los principales eventos del Municipio, la organización de talleres de información de las acciones del Municipio y el CV y el liderazgo en el proceso de planificación participativa; **Organizaciones vecinales y sindicales activas**. La experiencia de estas organizaciones contribuye a generar procesos de movilización de la población en busca de objetivos claros relacionados a conseguir apoyo desde el Estado para el financiamiento de obras de vital importancia para el Municipio. Un ejemplo de esto, fue la movilización realizada en septiembre de 2000, ocasión en que se unieron todas las fuerzas vivas de San Julián para reclamar el arreglo de la carretera que se encontraba en franco proceso de degradación, electrificación para la Brecha Casarabe y otras reivindicaciones más.

Municipalidad en proceso de consolidación. Aunque existe una desconfianza en cuanto al manejo de los recursos realizado por las autoridades de turno, en general se percibe que la municipalidad va adquiriendo una madurez en cuanto al manejo de sus recursos.

Existe un organigrama establecido y se tiene un manual de funciones que delimita las funciones de cada uno de los funcionarios que trabajan en la Alcaldía. Otro factor que aporta a esta consolidación, es que en el Municipio entre los años 1995 y 1996 se definen 8 Distritos municipales lo que facilita la planificación y ejecución de las obras. Esta distritación se realizó tomando en cuenta características homogéneas en cada distrito en los aspectos socio-culturales, físico-naturales, económico-productivos y organizativo-institucionales.

Existen instituciones públicas y privadas que apoyan el desarrollo del Municipio. Desde el punto de vista del entorno, existen instituciones como la prefectura (a través del PDCR II), que apoya el desarrollo institucional del Gobierno Municipal de San Julián, asimismo existen instituciones privadas de desarrollo como el CIPCA y consultoras especializadas en este aspecto, que venden sus servicios.

8.3 Institucional:

El Hospital Municipal Boliviano Cubano se localiza en la jurisdicción del municipio de San Julián que se constituye en la capital de la cuarta sección Municipal de la provincia Ñuflo de Chávez del departamento de Santa Cruz. En San Julián Centro, barrio Centro Zonal a 500 metros de la Alcaldía.

Este Hospital fue ampliado y se inauguró un 20 de mayo de 2006 con personal Boliviano y Cubano ofertando Servicios de Salud en forma gratuita por que ese fue el objetivo fundamental de su funcionamiento brindar SERVICIOS GRATUITOS (Consulta Médica, Cirugías, Medicamentos, medios de diagnóstico, Laboratorio) al alcance de toda la población. Que al transcurrir los años se evaluó que esta gratuidad no pudo ser sostenido por el Municipio empezando a cobrar por escalas en primer lugar los medicamentos, laboratorio. Hace un mes atrás ecografía y radiografía, al momento sólo las consultas son gratuitas y las cirugías para la población en general.

Es un hospital acreditado como Primer Nivel de Atención, pero funciona como hospital de referencia de todo el municipio y municipios vecinos, ya que cuenta con diferentes medios de diagnóstico y resolución médica: Especialidades médicas que ofrece: Cirugía general, Anestesiología, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Odontología y medicina General, también cuenta con servicios auxiliares de diagnóstico médico: laboratorio Clínico, servicio de ecografía, servicio de electrocardiograma, Radiografía, Endoscopía. Transfusión. Como es un hospital de referencia y brinda atención médica gratuita hay mayor demanda de los usuarios de este municipio y de otros, donde los pacientes sufren por conseguir una ficha para la atención médica especialmente los niños.

Hay escasos recursos humanos por parte del SEDES. En el Hospital M.S.J. hay sólo 6 ítems para médicos (2 especialistas, 4 médicos generales, de estos últimos sale un director, quedando 3 médicos de planta). 2 ítems para Licenciadas en Enfermería, 10 ítems para Enfermera Auxiliar, 1 ítems para farmacia Bioquímica. Este mes llegó 5 ítems para los médicos bolivianos que estudiaron en Cuba.

La Alcaldía contrata al resto del personal cada año: 1 médico general de planta, 1 médico para el SSPAM, 1 médico para emergencia, 7 licenciadas de enfermería, 10 enfermeras auxiliares, 6 laboratoristas, 4 farmacéuticos, 8 manuales, 3

choferes, 2 cocineras, 2 cajeras, 1 administrador, 1 estadístico, 2 recepcionistas, 3 sereno

8.4 Poblacional

8.4.1 Población.- Está constituida principalmente por emigrantes de diferente zonas del interior del país en su mayoría de origen quechua, quienes al amparo de las políticas de colonización se asentaron en la zona, conformando comunidades de pequeños productores agropecuarios Sin embargo también existe gente cruceña asentada hace años que desarrolla actividades productivas agropecuarias, así mismo también existe un grupo pequeño conformado por nativos de la etnia Guaraní y Ayoreos.

Por su parte el diagnóstico socioeconómico del Municipio San Julián 1997, indica que alrededor del 2/3 de sus Habitantes pueden ser considerados inmigrantes; es decir que son de otras provincias de Bolivia o de otro país.

El crecimiento de los centros poblados en el Municipio es bastante considerable, el caso más significativo es el proceso de concentración poblacional de San Julián Centro, puesto que antes contaba con 9651 habitantes hoy la población es de 28191 habitantes respectivamente.

San Julián Centro 14742 hombres y 13449 mujeres haciendo un total de 28191 habitantes Fuente: GM de San Julián y CIPCA "Encuesta Familiar", 2006.

Es el centro poblado de mayor crecimiento significativo, aproximadamente 9 y 5 veces más de la población que tenía en 2002..

8.4.2 Lengua que habla la Población

En San Julián, el quechua es el idioma materno de origen más importante, seguido del castellano, el aymará y finalmente idiomas orientales varios.

Sin embargo, el idioma más hablado por la población es el castellano; un 87 % de los habitantes habla el castellano, principalmente las nuevas generaciones.

Los habitantes bilingües principalmente que hablan quechua-castellano sobrepasan el 60 % de la población masculina y no así en la población femenina; las mujeres adultas prácticamente son monolingües quechuas, Actualmente, debido a la necesidad de enfrentar el mercado cruceño castellanizado para la compra-venta de productos y principalmente con el proceso de socialización de la escuela, tienden a desaparecer los otros idiomas a favor del castellano.

8.4.3 Aspectos Económicos

Actividad económica principal: La calidad de sus suelos convierte a esta zona en potencial agropecuario. Otro potencial es el comercio que forma parte de uno de los corredores de exportación.

En la producción agrícola existen 2 sistemas de producción: Manual y Mecanizado, donde se siembra productos, como ser: la soya el maíz, sorgo, frijol, arroz, girasol, etc. También se destacan los cultivos de cítricos, plátanos, sandías, hortalizas, tubérculos como la yuca.

El Sistema manual conocido como Corte o Quema, esta difundido principalmente entre los pequeños productores y se caracteriza por realizar las actividades productivas en forma manual durante todo el ciclo productivo (desmonte, siembra, labores culturales y cosecha) utilizando herramientas menores como el hacha, machete, pala, azadón, etc.

El sistema de producción mecanizados, propio de algunos agricultores medianos y en general grandes. Este Sistema se caracteriza por el uso de maquinaria (topadoras, tractor agrícola, combinadas, etc.) durante todo el proceso productivo (desmonte, preparación, de suelos, labores culturales y cosecha.)

En 1994 el centro contaba con una decena de tiendas de abarrotes y un par de ventas de comida, actualmente el comercio está totalmente diversificado en todos los rubros, principales insumos agropecuarios y herramientas de trabajo, Tiendas de ropa y electrodomésticos, bares, cantinas, karaokes, alojamientos, Farmacias, librerías, oficinas de servicios profesionales y financiamiento, Radioemisoras, tv local canal 24, 13, 11, y 7.

En San Julián crece año a año la feria agropecuaria que se realiza en ocasión de su aniversario (24 de junio). Así mismo la producción artesanal (carpintería, panadería, carnicería, etc.) inexistente han pasado a tener una importancia vital

en desarrollo de los centros intermedios y el Municipio en general. También la existencia en el distrito de cuatro Cañadas, de silos y centros de acopio de las principales aceiteras del departamento (SAO, FINO y CRISOL).

8.4.4 Producción de Peces: La provisión de pescado se hace en pequeña escala a través de pescadores en el río San Julián y en mayor escala en el río grande

8.4.5 Ganadería

8.4.5.1 Ganado Bovino: El ganado bovino en el municipio de San Julián dentro de los Distritos alcanza a 59200 cabezas en manos de 1200 familias criadoras de bovinos.

El 64% de los ganaderos son considerados como “pequeños ganaderos” y poseen sólo el 28% de hato de ganado, el 30% son “medianos” y poseen el 48%, el 6% son “grandes” y poseen el 24% del hato. Se considera “pequeño” a las familias que poseen por debajo de las 5 cabezas de ganado, “mediano” a las familias que poseen entre 5 y 15 cabezas y “grande” al que posee por encima de las 15 cabezas.

El propósito de la cría de ganado bovino es la producción de carne, leche y derivados, para el autoconsumo familiar. La proporción de ganado que se vende es pequeña debido a que esta actividad se encuentra en etapa de expansión. No existen praderas cubiertas con pastos nativos, sin embargo, las áreas que ya han sido utilizadas para cultivos agrícolas, están siendo aprovechadas para sembrar pastos.

8.4.5.2 Ganado Menor: En esta zona aproximadamente el 30% de las familias crían ovejas, cabras y chanchos en pequeñas cantidades, en cambio el 80% de las familias cría aves de corral.

La producción es destinada casi exclusivamente al autoconsumo, las familias Consumen huevo, queso, leche y en menor proporción, carne de aves y carne Porcina.

Estos datos son actuales, tomando en cuenta que han tenido innumerables Pérdidas económicas por los diferentes desastres naturales

8.4.6 Animales Silvestres: Es variada, pero no muy abundante, debido a que existen menos superficies con monte a consecuencia de los desmontes que año a año se realizan. Existen especies de animales cuadrúpedos, aves, peces, armadillos y otras especies.

Entre las especies animales silvestres cuadrúpedos que existen en mayor cantidad tenemos: Jochi Pintao, Jochi Calucha, Taitetú (chancho), Urina, Tatú y Huaso. En menor cantidad existen animales como Zorro, Zorro Melero, Anta. En el Sur del Municipio, se puede encontrar Tejón, Oso Hormiguero y Tigre.

En el grupo de los peces, encontramos Bentón, Anguila, Sábalo, Bagre, Yayú, Piraña y como reptiles tenemos el Lagarto que se puede encontrar en las lagunas existentes en el distrito San Martín.

Entre las especies de aves predominan los loros y las palomas.

Otras especies existentes son la peta, iguana, ardilla, peji, mono y víbora.

En general, los comunarios indican que la fauna silvestre se encuentra en poca cantidad, es decir, ha disminuido notablemente la cantidad de especies animales silvestres como consecuencia de la caza indiscriminada practicada.

8.4.7 Servicios básicos existentes

8.4.7.1 Agua Potable: La dotación de agua potable en su mayoría es una prioridad de la Cooperativa COSAJU LTDA dotando de agua a cada barrio y urbanizaciones asentadas en San Julián a cada barrio.

Una minoría se abastece de pozos profundos donde el agua tiene altos niveles de salinidad y dureza. Este es uno de los grandes desafíos que debe encarar el Gobierno Municipal, buscando alternativas sencillas y económicas para poder tratar el agua.

8.4.7.2 Alcantarillado: El servicio de Alcantarillado es inexistente en San Julián, sin embargo la eliminación de excretas se realiza mediante letrinas (81,3%) y pozos sépticos tiene las siguientes características.

Son pocas las familias que eliminan excretas al aire libre (18,7%).

8.4.7.3 Vivienda: Solo existe algunas viviendas de calidad deficiente (motacú), en su mayoría las viviendas son de materiales más durables (ladrillo, techo de calamina, teja,)

8.4.7.4 Electricidad: La Prefectura del Departamento y la Cooperativa de Electrificación Rural (CRE) son las instituciones encargadas de promover el suministro de energía eléctrica. Con este objetivo, se ha instalado una planta generadora ubicada en San Ramón que provee energía eléctrica a los Municipios de Ñuflo de Chávez y la Chiquitanía.

La mayor parte del Municipio no cuenta con energía eléctrica. Solamente se benefician de este servicio los centros poblados asentados a lo largo de la carretera Santa Cruz – Trinidad.

8.4.7.5 Medios de comunicación: Se cuenta con: Celular (Entel, Tigo, Viva) Teléfono, radio, televisión y otros.

Las telefonías en el municipio se han incrementado en un número considerable, se podría decir que en todo el Municipio existe por lo menos un punto de llamadas telefónicas.

La radio y la televisión son los medios de comunicación más utilizados por la mayoría de las instituciones que desarrollan actividades.

8.4.8 Educación: La población cuenta con:

.Establecimientos educativos con docentes calificados que prestan sus servicios con ítems del ministerio de educación y otros son remunerados por la Alcaldía, las Unidades Educativas son los siguientes: Enrique de Oso Fe y Alegría (convenio con la iglesia católica); Ciro Mealla; El Progreso; Santa Clara; 12 de Abril; Juan Carlos Barrientos Pérez; Dario Mayser; Guillermo Jordán; Patujú; Plan 2000; Gregorio López; y el Buen Samaritano que es Particular.

.Centro de Educación Alternativa CEMA Marcelo Quiroga Santa Cruz.

.Universidad dependiente de la Gabriel René Moreno.(Licenciatura en Enfermería; Derecho; Agronomía; Ciencias de la Educación; Ofimática; Mecánica y otros)

.Normal (Estudios Sociales; Lenguaje;)

.Institutos (CBI, SAVING y otros)

8.5 Cultural: El Municipio de San Julián está siendo Municipio receptor de población. La dinámica migratoria normalmente va acompañada de procesos que

comportan tensión cultural tanto por los que emigran como por los que reciben la población.

Las costumbres, el idioma, el sistema de valores, la organización y estructura familiar son motivos de integración, marginación o simplemente convivencia. No es casual que los que han emigrado de Potosí (interior) a San Julián (oriente) se hayan concentrado en Comunidades de un Distrito en mayor proporción.

Cuanto mayor concentración se de en un lugar menor será la posibilidad de integración aunque mejor se mantengan sus rasgos culturales.

El proceso migratorio ha dibujado un nuevo mosaico étnico-cultural en el municipio de San Julián.

8.5.1 Religión: Existe una gran diversidad de agrupaciones religiosas sin contar a la Iglesia Católica Entre las principales están: Adventista, Asamblea de Dios, Bautista, Cristo la respuesta, Dominical, Libre, Metodista, Testigos de Jehová y Unión Cristiana Evangélica (UCE).

8.5.2 Costumbres: Existen algunas costumbres andinas que perviven hasta nuestros días. Algunas de estas son: la Ch'alla, el umarutuku (corte de cabello), todos santos, la sanidad a través de los yatiris, curanderos, brujerías por brujos y algunas fiestas patronales.

8.5.3 Fiestas y Rituales: Existen festividades religiosas generales como el carnaval, Todo Santos y otras fechas como Navidad y Año Nuevo, pero a excepción del carnaval, no se trata de fiestas comunales sino de fiestas intrafamiliares.

Por otra parte las fechas más importantes de San Julián son el 24 de Junio (Aniversario de San Julián) y celebrado en el mismo pueblo de San Julián y 26 de Octubre aniversario de la masacre de San Julián, recordado en la localidad de San Martín (Brecha Casarabe). Ambas fiestas son recordadas con ferias agropecuarias, festivales musicales, desfiles cívicos y concursos varios. Principalmente, la fiesta del 26 de Octubre es una ocasión de recordar y recuperar las costumbres de origen de la población de San Julián.

Por otra parte, entre las fiestas cívicas más importantes están las fiestas patrias de agosto, el día del Indio, la reforma agraria del 2 de agosto, el día de Santa Cruz, el día de la madre, el día del mar y otras menores fomentadas principalmente por el sistema educativo

IX.- Objetivos

.9.1 Objetivo General

Contribuir a disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes de la infancia en niños y niñas menores de dos años en el hospital Municipal Boliviano Cubano de San Julián

.9.2 Objetivo Específico

Disminuir la desnutrición a través del rescate valoración y consumo de los alimentos nutritivos tradicionales de la Región, respetando los conocimientos y prácticas ancestrales

X.- Resultados esperados

R.1 Se ha logrado recuperar los conocimientos y prácticas tradicionales de preparación y consumo de alimentos nutritivos, que actualmente subsisten de manera precaria

R.2 Se han ejecutado programas de capacitación dirigidos a rescatar, intercambiar y perfeccionar prácticas y saberes acumulados en materia de alimentación y nutrición tradicional e incorporarlos en los programas de asistencia alimentaria y desarrollar formas novedosas de consumo a mayor escala

R.3. Se ha logrado mejorar la nutrición en niños vulnerables con base de alimentos nutritivos tradicionales, micronutrientes ofertados y alimentación complementaria por el servicio

R.4 Se cumple la lactancia materna exclusiva

R.5 Se realiza prácticas saludables de higiene y cuidado de la salud

XI.- Actividades

A.1 Entrevistas de profundidad a informantes clave (personas de edad avanzada de diferentes culturas que vivieron mucho tiempo consumiendo estos alimentos nutritivos tradicionales)

A.1.1 Revisión bibliográfica sobre propiedades de los alimentos nativos, arte culinario de los ancestros, para elaborar cartillas de difusión

A.2 Taller de Capacitación y Sensibilización en alimentación y nutrición tradicional al personal de Salud para que sean agentes nutricionales por invitadas especiales Originarias.

A.2.1 Taller de Capacitación a las madres de los niños desnutridos sobre alimentación y nutrición tradicional

A.2.2 Realizar Talleres en Conjunto con personal de salud capacitado, madres capacitadas e invitadas especiales originarias de edad avanzada del pueblo quechua, guaraní, aymara para intercambiar y perfeccionar prácticas y saberes ancestrales, realizando sesiones demostrativas sobre cómo preparar alimentación balanceada con productos tradicionales.

A.2.3 Conformar equipos de trabajo interdisciplinarios para implementar ferias demostrativas sobre preparación y consumo de alimentos nutritivos

A.2.4 Realizar curso con autoridades locales sobre la situación de desnutrición infantil, incorporación alimentos nutritivos tradicionales, valorando las prácticas ancestrales de nuestros antepasados

A.2.5 Difundir por medios de comunicación masiva radio, tv local, sobre temas: desnutrición, alimentos nutritivos tradicionales, lactancia materna exclusiva.

A.3 Taller sobre la DNT infantil donde se hace hincapié en las graves consecuencias a corto mediano y largo plazo

A.3.1 Promover la afiliación al Bono Juana Azurduy con documentos en orden concientizando su uso correcto de tal beneficio

A.3.2 Cumplimiento estricto del Programa Desnutrición Cero por parte del personal de salud entregando en forma oportuna los micronutrientes, alimentación complementaria, y el ATLU, este último a los que tienen desnutrición.

A.4 Taller sobre la importancia de la lactancia materna.

A.4.1 Charlas educativas a las puérperas inmediatas y mediatas durante la hospitalización sobre lactancia materna y sus beneficios.

A.5 Taller sobre hábitos higiénicos, lavado de manos

A.5.1 Talleres de capacitación sobre prevención y control de enfermedades prevalentes de la infancia

XII. - Indicadores por la estructura de objetivos

.Al menos en un 10% se ha reducido las enfermedades prevalentes de la infancia al final del Proyecto

.Al menos en un 20% se ha logrado reducir la desnutrición de la base inicial al final del Proyecto

.Al menos en un 50% se ha logrado recuperar conocimientos y prácticas tradicionales al tercer mes del proyecto

.Al menos en un 80% se ha capacitado al personal como agentes nutricionales sobre alimentos nutritivos tradicionales

.Se implementa una Unidad Nutricional con programas interculturales donde se valora los alimentos tradicionales

.Al menos en un 60% las madres conocen y utilizan alimentos nutritivos tradicionales al final del proyecto

.Al menos en un 70% se ha mejorado la nutrición en niños vulnerables al final del proyecto

.Al menos el 60% de las madres pone en práctica la lactancia materna exclusiva a mediados del proyecto

.Al menos el 40% de las madres practican el lavado de manos en forma correcta al tercer mes del proyecto

XIII.- Fuente de verificación

.Informe Mensual-Anual del SNIS

.Libros de Consulta Externa del Establecimiento.

.Entrevistas de profundidad a informantes clave

.Informe de talleres con Lista de participantes

.Ejecución de presupuesto POA que incluya nuevo ambiente para Unidad Nutricional en el POA

.Revisión de carpetas familiares

.Encuestas dirigidas a población de estudio

.Registro de AIEPI NUT en las historias Clínicas.

.Observación directa

.Fotografías

XIV.- Supuestos

.Se fortalece el SUMI

.LA POLITICA DE DESNUTRICION CERO se fortalece al promover el proyecto

.Se fortalece la política de seguridad y soberanía alimentaria

.Existe apoyo y predisposición de autoridades locales

.Se fortalece la ley de lactancia materna

XV.- Análisis de Viabilidad

Según el análisis realizado a partir de las hipótesis formuladas correspondientes a nuestro escenario planteado este proyecto que beneficia a los niños que son el futuro del mañana es viable políticamente, porque es respaldado por las políticas Gubernamentales.

XVI.- Análisis de Factibilidad

.16.1 Factibilidad Social.- Es factible socialmente porque es un beneficio para la sociedad, 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.

.16.2 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.

.16.3 Factibilidad Económica (presupuesto público).- Este proyecto es factible económicamente con presupuesto de POA, Remanentes del presupuesto SUMI, ONG.

.16.4 Factibilidad de Género.- Este proyecto es factible en cuanto a género no habiendo discriminación entre hombres y mujeres.

XVII.- 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 implementación. El Gobierno Municipal de San Julián se compromete a llevar a cabo este proyecto porque es un beneficio en bien de la comunidad y la niñez para prevenir, preservar y precautelar la salud, de quienes hoy por hoy constituyen el futuro del país.

XVIII.- Impacto esperado del proyecto

Este proyecto será de gran impacto ya que contribuirá a disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes de la infancia, interviniendo directamente en la desnutrición infantil que es un problema de magnitud y trascendencia social que repercute en los niños, la familia y la sociedad. Mejorando la nutrición en niños desnutridos y vulnerables con base de alimentos nutritivos tradicionales de la región, y uso correcto de los micronutrientes ofertados y alimentación complementaria por el servicio.

XIX.- Fuente de financiamiento para el presupuesto

Este proyecto será financiado por presupuestos municipal P.O.A del municipio de San Julián, financiamiento por ONG, SEDES Santa Cruz.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

¹ TODOS AYUDAN/Publicado en Desnutrición/

<http://www.todosayudan.com/objetivos-del-nuevo-milenio-de-naciones-unidas-onu>, al 15 de octubre del 2013.

² TODOS AYUDAN/Publicado en Desnutrición/ <http://www.todosayudan.com/la-desnutricion-infantil-una-de-las-principales-causa-de-pobreza>, al 15 de octubre del 2013.

³ TODOS AYUDAN/Publicado en Desnutrición/ <http://www.todosayudan.com/la-desnutricion-infantil-una-de-las-principales-causa-de-pobreza>, al 15 de octubre del 2013.

⁴ Desnutrición - Wikipedia, la enciclopedia libre/es.wikipedia.org/wiki/Desnutrición, al 15 de octubre del 2013.

⁵ OMS (27 de abril de 2006) Ginebra /La OMS difunde un nuevo patrón de crecimiento infantil, al 15 de octubre de 2013.

⁶ Archivos Mensuales: octubre 2012/ Situación actual de la desnutrición crónica en Latino América y el Caribe (Programa Mundial de Alimentos PMA) octubre 28, 2012 de maynor2099/ Desnutrición Mundial Infantil A fine WordPress.com site , al 15 de octubre de 2013.

⁷ INE, ENDSA 2008, . “Indicadores de desnutrición para niños y niñas menores de cinco años según el patrón internacional de crecimiento utilizado por NCHS/CDC/WHO, por características demográficas seleccionadas”.

⁸ Dato de Población SNIS/INE

⁹ UDAPE-PNUD, Boletín sobre el estado del Desarrollo Humano en Bolivia, abril 2010.

¹⁰ Según los indicadores que monitorea Naciones Unidas, en base al ENDSA 2008, la desnutrición crónica en Bolivia es de 27%.

¹¹ Declaración Universal de los Derechos Humanos NNUU 1948

¹² PROGRAMA DE PROTECCION SOCIAL MADRE NINO B.J.A

<http://www.bonojuanaazurduy.sns.gob.bo/FrmDesBono3.aspx>, al 15 de octubre de 2013.

¹³ Organización Panamericana de la Salud-Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, D.C: OPS, © 2008.

¹⁴ MSD. Atención Integrada al Continuo del Curso de la vida. Bolivia noviembre del 2012

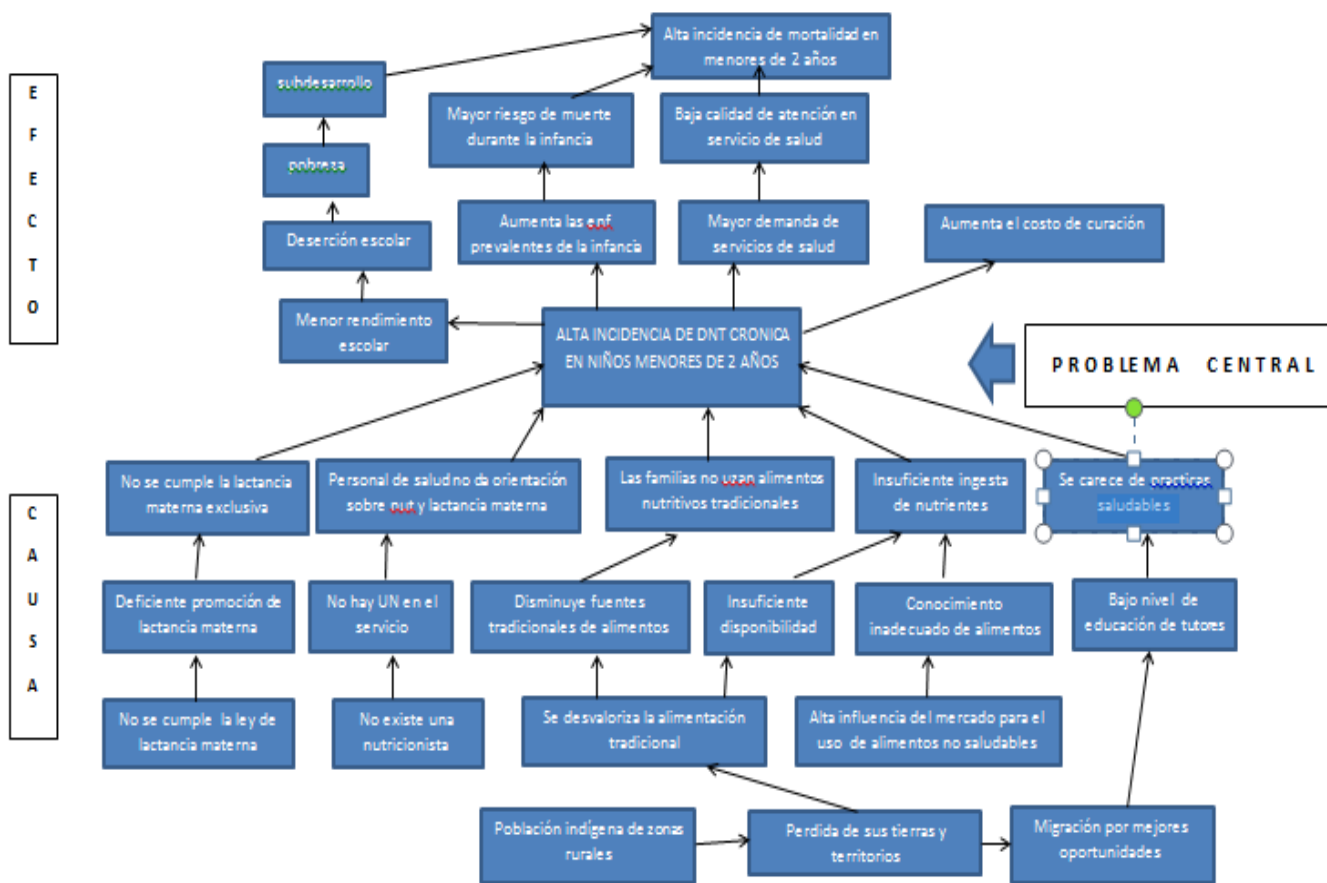
-
- ¹⁵ Experto en EIB y parte del equipo docente de la institución Pacha Huñuy. Citado por: Lucy Trapnell y Eloy Neira en: Situación de la educación intercultural bilingüe en el Perú. Lima, junio de 2004 (inédito) y retomado por Nora Cárdenas en: Políticas interculturales en salud. CIES (2006, inédito).
- ¹⁶ Benites, Teodosio. Perú: Interculturalidad y cosmovisión indígena. En: www.servindi.org/
- ¹⁷ Bermejo, Saúl. La interculturalidad en Perú: proyecto por construir. En: [www.aula Intercultural.org/](http://www.aulaIntercultural.org/)
- ¹⁸ Solís, Gustavo. Interculturalidad: encuentros y desencuentros en el Perú. En www.interculturalidad.org
- ¹⁹ Documento Informativo del Programa Andino de Seguridad Alimentaria y Nutricional para Nacionalidades y Pueblos Indígenas”. CAN, 2008.
- ²⁰ Documento del Proyecto “Mejoramiento de la nutrición en poblaciones indígenas de la Comunidad Andina”.
- ²¹ Vía campesina. Memorias de la Cumbre Mundial de la Alimentación en 1996. Citado en el Informe Final de Corporación Razón Social que ejecutó el proyecto en Colombia.
- ²² REPORTAJES AMAZONIA DE BOLIVIA, Chiquita nos: Los indios de la hierba/10 de abril de 2012/Fuente: Medicina Intercultural/Enviado por PRODECO el Lun, 2012-04-09 10:47./Fuente: <http://www.amazonia.bo>. Reportajes: E. Gómez Balboa – Revista Domingo de La Prensa.
- ²³ **Darling Ribera Rivero** comentó EN DIARIO CRÍTICO de Bolivia (diario hispano boliviano) <http://bolivia.diariocritico.com/>
- ²⁴ PERIODICO LOS TIEMPOS/ Como antes Ungüentos y fricciones/Por Javier Méndez Vedia - Periodista Invitado - 3/04/2011, http://www.lostiempos.com/oh/tendencias/tendencias/20110403/como-antes-unguentos-y-fricciones_119886_238851.html, al 18 de octubre de 2013.
- ²⁵ Evaluación del Programa Desnutrición Cero PMDC-Bolivia 20 de Marzo de 2013
- ²⁶ Explicación del Dr. Fernando Mönckeberg, especialista en nutrición infantil, a quien se le atribuye un papel protagónico en la erradicación de la desnutrición infantil en Chile.

Anexos

- 1 Árbol de Problemas
- 2 Árbol de Objetivos
- 3 Matriz de Marco Lógico
- 4 Presupuesto
- 5 Mapas de Ubicación del proyecto
- 6 Cronograma
- 7 Plan de Ejecución del proyecto
- 8 Sistema de monitoreo y evaluación del proyecto
- 9 Instrumentos utilizados

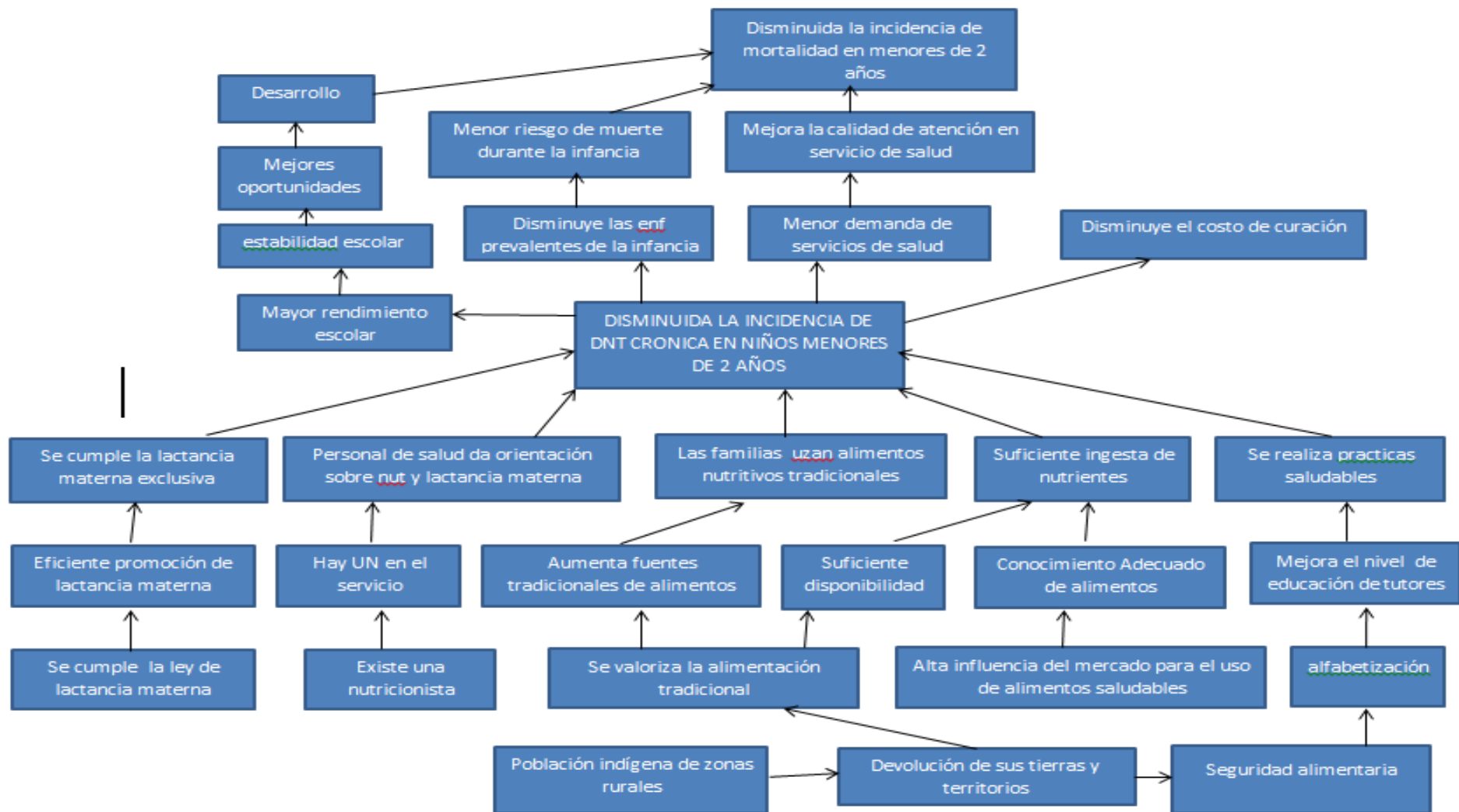
Anexo 1

ARBOL DE PROBLEMA



Anexo 2

ARBOL DE OBJETIVOS



Anexo 3

MATRIZ DE MARCO LOGICO

	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS O HIPOTESIS
OBJETIVO GENERAL Contribuir a disminuir la incidencia de enfermedades prevalentes de la infancia	Al menos en un 10% se ha reducido las enfermedades prevalentes al final del proyecto	Informe Mensual-Anual del SNIS Libros de Consulta Externa del Establecimiento.	Se fortalece el SUMI
OBJETIVO ESPECIFICO Disminuir la desnutrición a través del rescate valoración y consumo de los alimentos nutritivos tradicionales de la región, respetando los conocimientos y practicas ancestrales	Al menos en un 20% se ha logrado reducir la desnutrición de la base inicial	Libros de consulta externa del establecimiento Informe mensual-anual del SNIS.	LA POLITICA DE DESNUTRICION CERO se fortalece al promover el proyecto
RESULTADO R1 Se ha logrado recuperar los conocimientos y prácticas tradicionales de preparación y consumo de alimentos nutritivos, que actualmente subsisten de manera precaria	Al menos en un 50% se ha logrado recuperar conocimientos y prácticas tradicionales al tercer mes del proyecto	Entrevistas de profundidad a informantes clave	El personal de salud aplica los conocimientos y prácticas tradicionales en el marco de respeto mutuo
R2 Se han ejecutado programas de capacitación	Al menos en un 80% se ha capacitado al personal como agentes nutricionales	Informe de taller Lista de participantes	Se fortalece la política de seguridad y soberanía

<p>dirigidos a rescatar, intercambiar y perfeccionar prácticas y saberes acumulados en materia de alimentación y nutrición tradicional e incorporarlos en los programas de asistencia alimentaria y desarrollar formas novedosas de consumo a mayor escala</p> <p>R3. Se ha logrado mejorar la nutrición en niños vulnerables con base de alimentos nutritivos tradicionales micronutrientes ofertados y alimentación complementaria por el servicio</p> <p>R4. Se cumple la lactancia materna exclusiva</p> <p>R5 Se realiza prácticas saludables de higiene y cuidado de la salud</p>	<p>sobre alimentos nutritivos tradicionales</p> <p>Se implementa una unidad nutricional con programas interculturales</p> <p>Al menos en un 60% las madres conocen y usan alimentos nutritivos tradicionales al final del proyecto</p> <p>Al menos en un 70% se ha mejorado la nutrición en niños al final del proyecto</p> <p>Al menos el 60% de las madres pone en práctica la lactancia materna a mediados del proyecto</p> <p>Al menos el 40% de las madres practican el lavado de manos en forma correcta al tercer mes del proyecto</p>	<p>Ejecución de presupuesto POA que incluya nuevo ambiente en el POA</p> <p>Revisión de carpetas familiares</p> <p>Encuestas dirigidas a población de estudio Registro de AIEPI NUT Libros de consulta externa</p> <p>Observación directa Talleres Fotografías</p>	<p>alimentaria</p> <p>Existe apoyo y predisposición de autoridades locales</p> <p>Se fortalece la ley de lactancia materna</p> <p>Madres incorporan practicas saludables para disminuir enfermedades prevalentes de la infancia</p>
<p>ACTIVIDADES</p> <p>A1 a) Entrevistas de profundidad a informantes clave (personas de edad avanzada que vivieron con estos alimentos) b) Revisión bibliográfica sobre propiedades de los alimentos nativos, arte culinario de los ancestros etc. A2 a) Taller de Capacitación y Sensibilización en alimentación</p>	<p>RECURSOS</p> <p>1.- Humanos: a) Personal capacitado en SAFCI para realizar las entrevistas b) Nutricionista c) Invitadas especiales originarias de edad avanzada del pueblo quechua, guaraní, aymara para rescatar sus tradiciones y sabiduría en la elaboración de alimentos d) Personal de salud capacitado en nutrición tradicional como agentes</p>	<p>FUENTES DE LOS RECURSOS</p> <p>a) Programa de Medicina Tradicional SEDES Santa Cruz b) Financiamiento partida programa SAFCI POA c) Responsable de nutrición SEDES Santa Cruz d) ONG. -</p>	<p>CONDICIONES PREVIAS</p> <p>Se Implementa el Sistema Único SAFCI -</p>

<p>y nutrición tradicional al personal para que sean agentes nutricionales</p> <p>b) Taller de capacitación a las madres sobre alimentación y nutrición tradicional</p> <p>c) Realizar Talleres en Conjunto con personal de salud capacitado y madres capacitadas para intercambiar y perfeccionar prácticas y saberes ancestrales, realizando sesiones demostrativas sobre cómo preparar alimentación balanceada</p> <p>d) Conformar equipos de trabajo interdisciplinarios para implementar ferias demostrativas sobre preparación y consumo de alimentos nutritivos</p> <p>e) Realizar curso taller con autoridades locales sobre la situación de desnutrición, incorporación alimentos nutritivos tradicionales, valorando las practicas ancestrales</p> <p>A3 a) Taller sobre la DNT infantil y las graves consecuencias a corto, mediano y largo plazo</p> <p>b) Promover la afiliación al Bono Juana Azurduy con documentos en orden concientizando su uso</p> <p>c) Cumplimiento estricto del programa desnutrición cero por parte del personal de salud entregando los micronutrientes y alimentación complementaria</p>	<p>nutricionales</p> <p>e) Madres interesadas en llevar adelante este proyecto</p> <p>2.- Materiales e Insumos:</p> <p>a) Material de Escritorio</p> <p>b) Material Bibliográfico</p> <p>c) trípticos, afiches</p> <p>d) Tiendas de campaña</p> <p>3.- Equipos:</p> <p>a) Computadora:</p> <p>b) Data Display</p> <p>c) Equipo de Sonido</p> <p>4.-Económico:</p> <p>Costos de gastos para talleres alimentación, hospedaje, pasajes, viáticos</p> <p>Costo de insumo y materiales</p>		
---	--	--	--

<p>A4 a) Taller sobre la importancia de la lactancia materna b) Charlas educativas a las puérperas durante la hospitalización sobre lactancia materna</p> <p>A5 a) Taller sobre hábitos higiénicos ,lavado de manos b) talleres de capacitación sobre prevención y control de enfermedades prevalentes de la niñez</p>			
--	--	--	--

Anexo 4 PRESUPUESTO

Partida	Concepto	Cantidad	Pieza	Duración días	Unidad	Precio Unidad	Precio Total Bs
10	MOBILIARIO						
	Mesa computadora	1	Mesas	16	1	1000	1000
	silla giratoria	1	Silla	16	1	750	750
	Mesa normal grande	2	Mesas	4	2	400	800
	Sillas	30	Silla	18	30	75	2250
11	EQUIPOS DE COCINA						
	Cocina de 2 hornallas	1	Cocina	4	1	250	250
	Garrafa	2	Garrafa	4	1	260	520
	Ollas	3	Olla	4	3	300	900
12	ELECTRODOMESTICOS						
	Retroproyector	1	retroproyector	16	1	3710	3710
	licuadora	2	licuadora	4	3	400	800
13	EQUIPOS PROCESO INFORMACION						
	Computadora	1	Unidad	16	1	4000	4000
15	ARRENDAMIENTOS Y CANONES						
	Ambiente del Hospital	1	Ambiente	18	1	200	3600

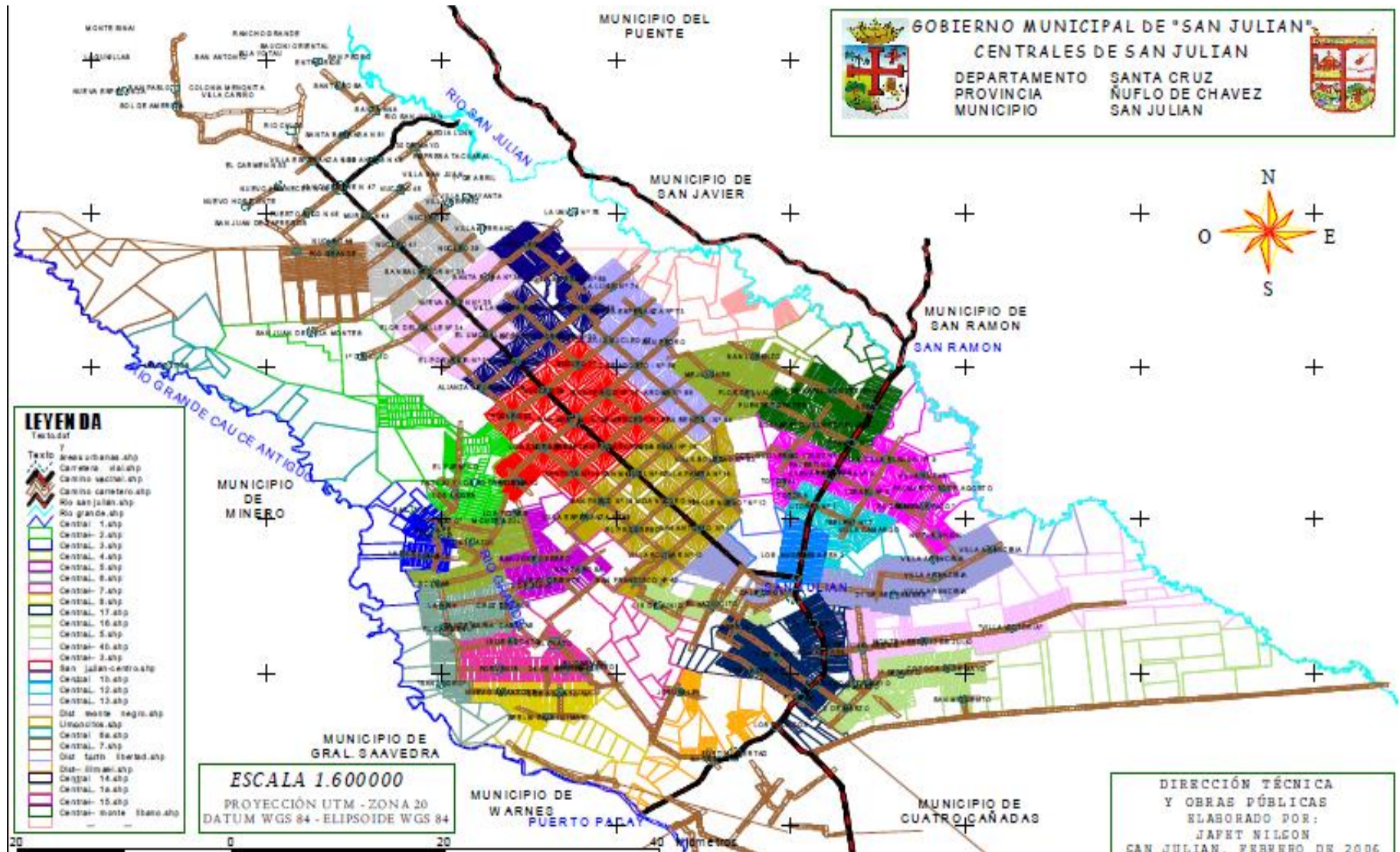
16	SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES						
	NUTRICION						
	Nutricionista	1	Persona	6	1	1000	6000
	OTROS						
	Profesional SAFCI	1	Persona	1	1	1000	1000
	Invitadas especiales Originarias	3	Persona	4	3	1000	12000
17	GASTOS DE VIAJE						
	BILLETES NACIONALES						
	Pasajes	5	Pasajes				1500
	ALOJAMIENTO						
	Estancia	5	Días	9		60	2700
	ALIMENTACION						
	Desayuno, almuerzo, te y cena	5	Días	9		36	1620
18	PUBLICIDAD, PROPAGANDA Y REL. PUBLICAS						
	PUBLICIDAD Y PROPAGANDA						
	carteles	4	Carteles			100	400
	tela pasacalles	2	Telas			150	300
	Radio y tv						
19	OTROS SERVICIOS						
	MATERIAL DE OFICINA						
	material escritorio 4 talleres	100	Unidad				500

	alimentación y nutrición tradicional						
	material escritorio 1 taller sobre lactancia materna	25	Unidad			5	125
	Material escritorio 2 talleres lavado de manos	50				2	100
	TRANSPORTES						
	transporte de mobiliario a la feria	2	Vehículos			20	80
	REFRIFERIOS PARA TALLERES						
	Refrigerio para 16 talleres	800	personas			6	4800
	OTROS GASTOS						
	Fotocopias para las entrevistas	50	Total			0.20	10
	jaboncillo	12	Pastillas			3	36
	toallas	12	Toallas			10	120
	Lavavajillas	1	Bote			14	14
	Utensilios, insumos varios	1	Total				500
	material educativo para facilitadores	5	educadores			100	500
	ferias	2	Total			300	600
20	SUELDOS Y SALARIOS						
	SUELDO BASE						
	Coordinador	1		10	Meses	3000	30000
	Facilitador	5		21	días	100	10500
21	OTROS GASTOS NO ESPECIFICADOS						1000

	GASTOS DIRECTOS						92985
22	CONTRIBUYENTES						
	SEDES						36000
	MUNICIPIO						40000
	COOPERACION ONG						16985
	TOTAL						92985

Anexo 5

MAPAS DE UBICACIÓN DEL PROYECTO



Anexo 9

ENCUESTA DIRIGIDA A MADRES O TUTORES DE NIÑOS CON DESNUTRICION

1. DATOS PERSONALES DEL NIÑO

Nombre y apellido del niño..... Edad..... Sexo.....

Fecha de nacimiento.....

¿Está asegurado el niño?...si.....no..... a que seguro?.....

Tiene el niño certificado de nacimiento...si.....no..... a que edad tuvo.....

Porque?.....

2. DATOS DE LA LA MADRE

¿Quién cuida al niño?.....

el padre le ayuda en algún momento.....

a).siempre.....b).nunca.....c).a veces.....

Grado de instrucción de la madre ?..... a).ninguno....b) primaria... c) secundaria...d) superior.....

Edad.....Nº de hijos.....idioma..... procedencia.....

3. ANTROPOMETRIA Estado nutricional

Peso.....gr peso – talla.....

Talla.....cm Peso – edad.....

Talla – edad.....

4. NUTRICION INFANTIL

¿El niño lacta todavía?...si.....no..... a que edad le quito el pecho y porque?.....

.....

El niño que comió o tomó en 24 horas...especifique. (Recordar del día anterior)

hora	Alimento líquido o solido	Cantid ad	Consistencia

5. PRACTICAS DE LIMPIEZA E HIGIENE LAVADO DE MANOS DE LA MADRE O CUIDADORA DEL NIÑO

(A)

¿Se lava las manos con agua y jabón?...a)si.....b)no.....en que momento?...

a) antes de cocinar...

c) después de ir al baño...

b) antes de dar su alimento al niño.....

d) después de cambiar el pañal....

6. CREENCIAS Y COSTUMBRES

¿Con qué otro nombre conoce la desnutrición ?.....

Cree en el mocheo u orejado ...a) si.....b) no..... Porqué?.....

¿A qué se debe eso?.....

¿Como o con qué se cura ?.....

¿Conoce algún alimento tradicional?.....a)si.....b)no.....

¿Tiene costumbre de consumir alimento tradicional?....a) a veces.....b) siempre.....

c) nunca.....

¿Por qué no consume o consume en forma irregular?.....

.....

Esta última pregunta se realiza cuando se da a conocer alguno de los alimentos tradicionales

Como ser la quinua, soya, maíz, trigo, cebada, tarwi

¿Cree que si introducimos el alimento tradicional en su alimentación del niño (a) aportaría los nutrientes Necesarios?.....