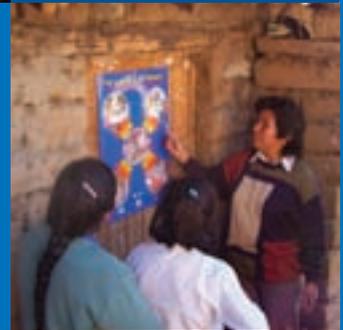
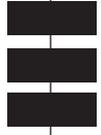


Promoviendo la higiene en la familia rural



La experiencia de SANBASUR en la educación sanitaria, Región Cusco



Promoviendo la higiene en la familia rural

Esta es una publicación coeditada por SANBASUR y el Programa de Agua y Saneamiento administrado por el Banco Mundial. Ha sido posible gracias al apoyo de las siguientes instituciones:

Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE)

Beatrice Meyer, Directora Residente
Cesarina Quintana, Oficial de Programa

Av. Salaverry 3242, San Isidro-Lima 27, Perú

Oficina AGUASAN-COSUDE

Francisco Soto, Asesor Sectorial

Los Halcones 277, Urb. Corpac, San Isidro, Lima 27

Proyecto de Saneamiento Básico de la Sierra Sur (SANBASUR)

Ediltrudis León Farías, Directora
Herberth Pacheco de la Jara
Jorge Loayza Alfaro
Nancy Málaga Carrasco

Av. de la Cultura 1028-B 4to. Piso - Cusco
Telf. (084)222173 - 242582
Correo electrónico: postmast@sanbasur.org.pe
www.sanbasur.org.pe

**Programa de Agua y Saneamiento
Región América Latina y el Caribe**

Francois Brikke, Director Regional
Iris Marmanillo, Coordinadora de Perú
Oscar Castillo, Especialista en Desarrollo Comunitario e Institucional
Beatriz Schippner, Especialista Regional en Comunicaciones
Luciana Mendoza, Asistente de Comunicaciones

Oficina del Banco Mundial en Lima
Av. Álvarez Calderón 185, piso 7, San Isidro, Lima 27, Perú
Telf. (51-1) 6150685. Fax 6150689
<http://www.wsp.org>

Lima, julio de 2007

Diseño y diagramación: Ana María Origone
Impresión: LEDEL SAC.

Se autoriza la reproducción total o parcial de su contenido, citando la fuente.

☰ Índice

Presentación	5
Resumen ejecutivo	6
1.- Aspectos generales	7
1.1. Contexto nacional, regional y local	7
1.2. La estrategia y fases de SANBASUR	8
2.- La experiencia de promoción de la salud e higiene en las familias campesinas	9
2.1. Antecedentes	9
2.2. Ámbito y participantes	10
2.3. La educación sanitaria y la intervención integral	10
2.4. El diseño de la estrategia de educación sanitaria integral	12
2.5. Monitoreo y evaluación	15
2.6. La educación sanitaria en la post intervención	16
3.- Análisis y resultados	17
3.1. Participación	17
3.2. Impacto social	17
3.3. Fortalecimiento de la institucionalidad local	18
3.4. Limitaciones en el proceso de implementación	18
4.- Lecciones aprendidas	20
Anexos	
Anexo 1- Guía para la verificación del saneamiento intradomiciliario (SID), hábitos de higiene y enfermedades ligadas a saneamiento	21
Anexo 2 - Costos de las actividades de educación sanitaria	22

Acrónimos y abreviaturas

COSUDE	Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación
DESA	Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental
DIGESA	Dirección General de Salud Ambiental
DISA	Dirección de Saneamiento Ambiental
EE. SS.	Establecimientos de Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
JASS	Junta Administradora de Servicios de Saneamiento
LOM	Ley Orgánica de Municipalidades
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
ONG	Organización No Gubernamental
PCRESA	Programa Curricular Regional de Educación Sanitaria y Ambiental
POA	Plan Operativo Anual
SAB	Saneamiento Ambiental Básico
SANBASUR	Proyecto de Saneamiento Ambiental Básico en la Sierra Sur
SID	Saneamiento Intradomiciliario
UNSAAC	Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

≡ Presentación

La provisión de servicios de agua y saneamiento sostenibles en el Perú es un desafío permanente para las autoridades y para las agencias de cooperación internacional. La baja cobertura de saneamiento, especialmente en el área rural, en donde es menor al 62%; es un indicador de que existen todavía más de un millón de familias que no tienen servicios de disposición de excretas adecuados, saludables y sostenibles. Pero, además de los esfuerzos que se deben hacer en las inversiones sostenibles, está el desafío de promover el cambio de hábitos de higiene y prácticas saludables de higiene en las familias, especialmente en los niños y adolescentes. Por ejemplo, ha sido demostrado que la práctica de lavado de manos con jabón, después de los cinco “momentos críticos” en la vida familiar, es una de las mejores estrategias para mejorar la salud de las familias.

En ese marco, el proyecto de Saneamiento Básico de la Sierra Sur (SANBASUR), durante sus diez años de actividad en el Cusco, ha trabajado con un modelo de intervención que, en la búsqueda de mejorar su enfoque integral, diseñó e implementó una estrategia de educación sanitaria orientada a mejorar los comportamientos sanitarios de las familias campesinas. El presente documento, “Promoviendo la higiene en la familia rural”, resume dicha experiencia, desarrollada durante el proceso de construcción de los sistemas de agua y saneamiento rurales; con un seguimiento en la fase de post construcción, acompa-

ñando a las familias, comunidades y Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS).

El modelo de intervención se sustenta en una metodología participativa, con carácter autor reflexivo y lúdico, cuya finalidad fue involucrar a todos los miembros de la familia; complementando los procesos de enseñanza y aprendizaje de la familia. El compromiso de las familias contribuyó a la aplicación de los contenidos educativos, enfocados en la higiene y el lavado de manos, a partir de mensajes cortos, acompañados de materiales educativos que se les proveyeron, así como la información y conocimientos básicos, para lograr una adecuada práctica en el uso y mantenimiento de los servicios y la disposición adecuada de residuos sólidos.

La participación de la escuela, a través de la implementación del Programa Curricular Regional de Educación Sanitaria y Ambiental (PCRESA), contribuyó al logro de los objetivos de la educación sanitaria durante la intervención integral. En la fase posterior, el rol de la municipalidad y del personal de los establecimientos de salud fue clave para consolidar los comportamientos saludables en las familias. De esta manera, la educación sanitaria se constituye en un elemento básico para mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de la población, en la perspectiva de garantizar la sostenibilidad de los servicios.

Lic. Hugo Gonzales Sayán

Presidente del Gobierno Regional Cusco

≡ Resumen ejecutivo

La educación sanitaria comunal está definida en el proyecto de Saneamiento Básico de la Sierra Sur (SANBASUR), como el conjunto de acciones de acompañamiento a las personas y familias, para desarrollar sus capacidades para la toma de decisiones de manera consciente; orientadas a transformar los hábitos de higiene, en una adaptación permanente del cambio. Dentro del marco del saneamiento rural, SANBASUR realizó una experiencia educativa con familias campesinas, impartiendo su conocimiento con la finalidad de promover las capacidades y mejorar los comportamientos sanitarios en la zona.

Para ello, se adaptó una metodología basada en la autorreflexión y, durante los diez años de implementación del proyecto, se logró resultados con impacto en la vida de las comunidades rurales. En el periodo 2001-2005 participaron 105 comunidades campesinas, empleando el modelo de intervención educativa, el cual fue validado en los últimos cinco años. El aprendizaje se sustenta en la práctica y requiere la adquisición de habilidades para mejorar el comportamiento de las personas, dando énfasis a la motivación como el factor personal más importante para el aprendizaje. De allí que la metodología aplicada se diseñó en base a preguntas, para motivar respuestas desde la experiencia de las personas y de su vida cotidiana. De esa manera se lograba un compromiso de la familia para mejorar sus conductas sanitarias.

El objetivo fue contribuir a mejorar o adoptar hábitos de higiene saludables en las personas y familias, mejorando

el saneamiento intradomiciliario. Mejorar hábitos de higiene dentro de la vivienda, con incidencia en la cocina, cuidado y manipulación de alimentos, disposición sanitaria de residuos sólidos, uso del microrrelleno sanitario y cuidado del medio ambiente. La estrategia se desarrolló mediante visitas domiciliarias a las familias a las cuales se había apoyado en el acceso a servicios de saneamiento. Fue diseñada en base a la experiencia adquirida durante los primeros años de intervención de SANBASUR. Los actores participantes son los miembros de las familias campesinas, los promotores institucionales, las Juntas Administradoras de Servicios de Saneamiento (JASS), la escuela, el establecimiento de salud y la municipalidad distrital. La estrategia ha promovido la participación de las familias, sobre todo la de niños en un rol promotor y de vigilancia de los adultos dentro del hogar.

El presente documento contiene tres secciones. La primera presenta aspectos generales del contexto nacional, regional y local, así como el nivel institucional. La segunda describe la experiencia y los actores participantes. La tercera analiza los resultados, su articulación con la institucionalidad local, replicabilidad, participación y sostenibilidad. Presenta limitaciones, conclusiones y lecciones aprendidas. Esperamos que la difusión y socialización de los resultados de esta experiencia contribuya a reconocer la importancia de la educación sanitaria en el marco de una intervención integral en saneamiento ambiental básico, para contribuir a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de las familias campesinas.

1. Aspectos generales

1.1. Contexto nacional, regional y local

En el Perú, las coberturas de saneamiento básico son insuficientes. El acceso al abastecimiento de agua a domicilio y servicios higiénicos conectados a redes públicas dentro de la vivienda ha tenido un incremento muy reducido en estos últimos años. Desde 1997 hasta 2001 el servicio de agua a domicilio se incrementó en solo 6 puntos (de 54 a 60%) y los servicios higiénicos conectados a una red pública se han mantenido en 45%¹. En la actualidad, el abastecimiento de agua y servicios higiénicos son todavía insuficientes a nivel nacional. Según el X Censo de Población y V de Vivienda del 2005, solo el 60% de familias cuentan con abastecimiento de agua a domicilio, el 13% se abastece de acequias, ríos o manantiales; el 48% de la población cuenta con servicios higiénicos conectados a una red pública dentro de su vivienda, el 23% utiliza pozo ciego o letrina y el 19% no cuenta con ningún tipo de servicio².

En la Región Cusco, ámbito de intervención de SANBASUR, según la misma fuente, solo el 41% de la población cuenta con agua dentro de la vivienda, el 27% se abastece de agua de los ríos, acequias o manantiales; el 26% tiene servicios higiénicos conectados a una red pública dentro de la vivienda, el 18.37% utiliza pozo ciego o letrina y el 34% no cuenta con ningún tipo de servicio. Al interior de la región las diferencias al acceso de estos servicios son mayores, particularmente en provincias altas. En un diagnóstico realizado en 22 distritos del Cusco en el 2004³, el 51% de familias no tenían agua,

el 76% de la población no contaba con desagüe, lo que genera una alta incidencia de enfermedades ligadas al saneamiento.

La mayoría de las experiencias de intervenciones en saneamiento básico por las instituciones promotoras, tanto públicas como privadas en el país, y particularmente en la región durante la década de 1990, generalmente han privilegiado la infraestructura por encima del componente social, sin involucrar a los usuarios. No hubo políticas sectoriales para la intervención integral en el área rural. Las instalaciones de servicios domiciliarios de saneamiento, en la mayoría de los casos, no han sido integrales, no consideraban conexiones domiciliarias, letrinas, ni microrrelenos sanitarios. A su vez, no contaban con una metodología para la educación sanitaria en relación con el saneamiento. Cabe mencionar que la nueva Ley Orgánica de Municipalidades (LOM)⁴ asigna competencias a las municipalidades del país y un rol promotor del desarrollo integral sostenible, con respecto a la salud, salubridad, saneamiento (artículo 80) y acciones promocionales educativas. Asimismo, el nuevo Reglamento de Ley General de Servicios de Saneamiento⁵ del sector vivienda especifica roles y competencias a las municipalidades distritales en el ámbito rural (artículos 167 y 169). Sin embargo, en su mayoría, éstas todavía no asumen su rol de manera integral, a pesar de existir un marco legal y políticas sectoriales en relación con la educación sanitaria y ambiental, en salud y educación, su implementación a nivel operativo no logra los resultados esperados.

1 Indicadores sociales de vivienda. INEI, Lima, 2005. Véase www.inei.gob.pe.

2 X Censo de Población y V de Vivienda. INEI, Lima, 2005.

3 Diagnóstico sobre gestión municipal y saneamiento ambiental básico, Saneamiento Básico de la Sierra Sur (Sanbasur), 2004.

4 Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades, mayo de 2003.

5 Texto Único Ordenado del Reglamento de la Ley General de Servicios de Saneamiento, Decreto Supremo 023-2005-Vivienda.

1.2. La estrategia y fases de SANBASUR

SANBASUR inicia sus actividades en Cusco desde 1996, producto de un convenio bilateral entre los Gobiernos Peruano y Suizo a través de la Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE). Durante su proceso de desarrollo ha construido, validado e implementado un modelo de intervención integral en saneamiento en comunidades campesinas, el cual considera la dotación de servicios de saneamiento a nivel domiciliario y el componente social (promoción, educación sanitaria y capacitación).

En el proceso de ejecución se establecieron cuatro fases de intervención. En las fases I y II se implementó el modelo de intervención integral⁶ y se validó la promoción y educación sanitaria, realizadas a nivel comunal, mediante capacitación en asambleas comunales y a nivel familiar. La educación sanitaria fue realizada con visitas domiciliarias y se complementaba con el monitoreo y seguimiento en la construcción de los sistemas y servicios a nivel domiciliario.

En las fases III y IV, el propósito se orientó a fortalecer la capacidad de gestión de las instituciones a nivel regional, local y comunal, para el cumplimiento de sus competencias en saneamiento ambiental básico rural (SABAR) y garantizar la sostenibilidad de los servicios. De esa manera se daba respuesta a la demanda de las comunidades con un modelo de intervención integral, buscando su consolidación y transferencia a la institucionalidad local. A su vez, se buscó fortalecer las capacidades de las JASS y de las comunidades a través de las familias, para la apropiación de los servicios y mejorar las conductas sanitarias, consolidando la educación sanitaria de las familias.

En conclusión, se diseñó una estrategia de intervención en donde la sostenibilidad del saneamiento ambiental básico, a nivel comunal, requería de servicios de calidad; de igual forma, la participación y autogestión de la JASS, así como de la apropiación y cambio de hábitos de higiene de las familias. De allí que para establecer dicha estrategia integral se adoptaron líneas de intervención desde las escuelas rurales y las familias campesinas.

Cuadro 1: La estrategia para la sostenibilidad en salud



⁶ La intervención integral en saneamiento ambiental básico es el conjunto de acciones relacionadas con la instalación de servicios de saneamiento a nivel domiciliario, construcción de sistemas de agua, servicios de eliminación de excretas letrinas o baños y acciones del componente social, promoción, capacitación y educación sanitaria orientadas a lograr la apropiación de los servicios y autogestión del saneamiento ambiental básico (SAB) a nivel comunitario.

2. La experiencia de promoción de la salud e higiene en las familias campesinas

El proyecto “Promoción de la educación sanitaria con las familias rurales” se caracterizó por su enfoque de atención directa a las familias campesinas, a través de un plan de visitas domiciliarias, con una metodología participativa y auto reflexiva. El trabajo con las familias y el seguimiento fueron características en la segunda fase de la intervención, luego de que en la primera se trabajó con toda la comunidad, en respuesta a su demanda por acceder a servicios básicos de saneamiento. De esa manera, la intervención educativa fue definida como el conjunto de acciones promocionales-educativas a realizar con cada familia que disponía de servicios de saneamiento a nivel domiciliario; con una metodología participativa, incluyendo a todos los miembros de ésta: padre, madre, hijos e hijas, a quienes se entregaron materiales de carácter lúdico sobre el tema, en la búsqueda de mejorar sus comportamientos sanitarios.

2.1. Antecedentes

En las primeras fases de SANBASUR, la educación sanitaria se desarrollaba a través de acciones masivas en asambleas comunales, con organizaciones de mujeres y escasas visitas domiciliarias. Las visitas solo eran para verificar condiciones del saneamiento intra domiciliario, es decir, observar la situación de la infraestructura y su mantenimiento. Estas acciones de educación sanitaria fueron realizadas por los promotores y promotoras de las instituciones ejecutoras, tales como: organizaciones no gubernamentales (ONG), instituciones religiosas y proyectos especiales, Instituto de manejo de Agua, (IMA), Programa de Intervención en provincias Altas, (PIPAC), con el aporte técnico y financiero de

SANBASUR y la participación de los establecimientos de salud y las escuelas.

Al inicio, los materiales educativos utilizados eran los mismos empleados en el trabajo de promoción en la comunidad (rotafolios, afiches y otros). Las características de variedad y cantidad de estos materiales (uno por tema) no permitían responder a las necesidades identificadas en las familias durante la sesión educativa en el hogar, y los materiales educativos no se quedaban con ellas, observándose que las familias no se involucraban en todo el proceso. Estas características eran muy parecidas a las acciones que la mayoría de instituciones públicas y algunas organizaciones no gubernamentales (ONG), realizaban en la región. En algunos casos las instituciones públicas solo se limitaban a la instalación de servicios de saneamiento, sin un seguimiento posterior y sin involucrar a los usuarios. Los resultados de esa estrategia fue que en muchos casos los servicios no eran utilizados, debido a que no se había logrado involucrar a las familias campesinas y, por esta razón, no eran sostenibles.

En base a su experiencia de campo, en la fase III, SANBASUR mejora el diseño de su propuesta educativa promoviendo una intervención más interactiva y lúdica, que involucrara a la familia en todo el proceso educativo, la que fue implementada en el marco de la intervención integral, con el objetivo de mejorar las condiciones del saneamiento intradomiciliario (SID)⁷. Cabe indicar que esta preocupación por el impacto de las inversiones en saneamiento y salud es un tema que se analiza de manera permanente en la coopera-

7 El saneamiento intradomiciliario (SID) es el conjunto de condiciones físico-sanitarias; cuidado e higiene de la vivienda; higiene, cuidado, uso y mantenimiento de los servicios de saneamiento en la vivienda; hábitos de higiene de la familia, especialmente, el lavado de manos y disposición adecuada de los residuos sólidos. Se dispone un instrumento para su valoración.

ción internacional⁸, para identificar las mejores prácticas que contribuyan a lograr el impacto que buscan las grandes inversiones en el sector.

2.2. Ámbito y participantes

La validación se desarrolló del 2001 al 2005, en 105 comunidades campesinas de 12 provincias del departamento del Cusco. En total hubo una participación de 6,176 familias.

Cuadro 2: Número de participantes

Año de intervención	Número de distritos	Número de comunidades campesinas	Número de familias usuarias
2001	20	35	2,076
2002	19	27	1,562
2003	13	8	429
2004	11	15	697
2005	20	20	1,412
Total	----	105	6,176

Fuente: SANBASUR, 2006.

Los actores fueron: las familias, quienes asumían el rol protagónico; el promotor institucional y las JASS. Otros actores involucrados fueron las municipalidades, los establecimientos de salud y las escuelas rurales.

a) Las familias: Son familias campesinas del ámbito rural, del valle y de zonas alto andinas, conformadas por cinco a nueve miembros. Disponen de servicios de saneamiento a nivel domiciliario y han participado activamente en su construcción. La mayoría de las mujeres son analfabetas, lo que determina en muchos casos su baja participación; sin embargo, en el ámbito familiar la participación es más equitativa. Algunos patrones

de conducta arraigados son un riesgo para la salud, especialmente en la higiene personal, vivienda y comunidad. El clima del valle condiciona a las familias para mejorar sus hábitos de higiene.

b) El promotor: La promoción del saneamiento básico es el eje de la intervención integral a nivel comunitario y los promotores –personal profesional o técnico– son los responsables de implementar el proyecto. Fueron capacitados por SANBASUR y, a partir del año 2004, por la Universidad Nacional San Antonio de Abad del Cusco (UNSAAC), a través del Diplomado en Gestión del Saneamiento Ambiental Básico y Facilitación Técnico Social. Parte del aprendizaje fue desarrollar capacidades en la toma de decisiones y dominar temas básicos de saneamiento con metodologías participativas.

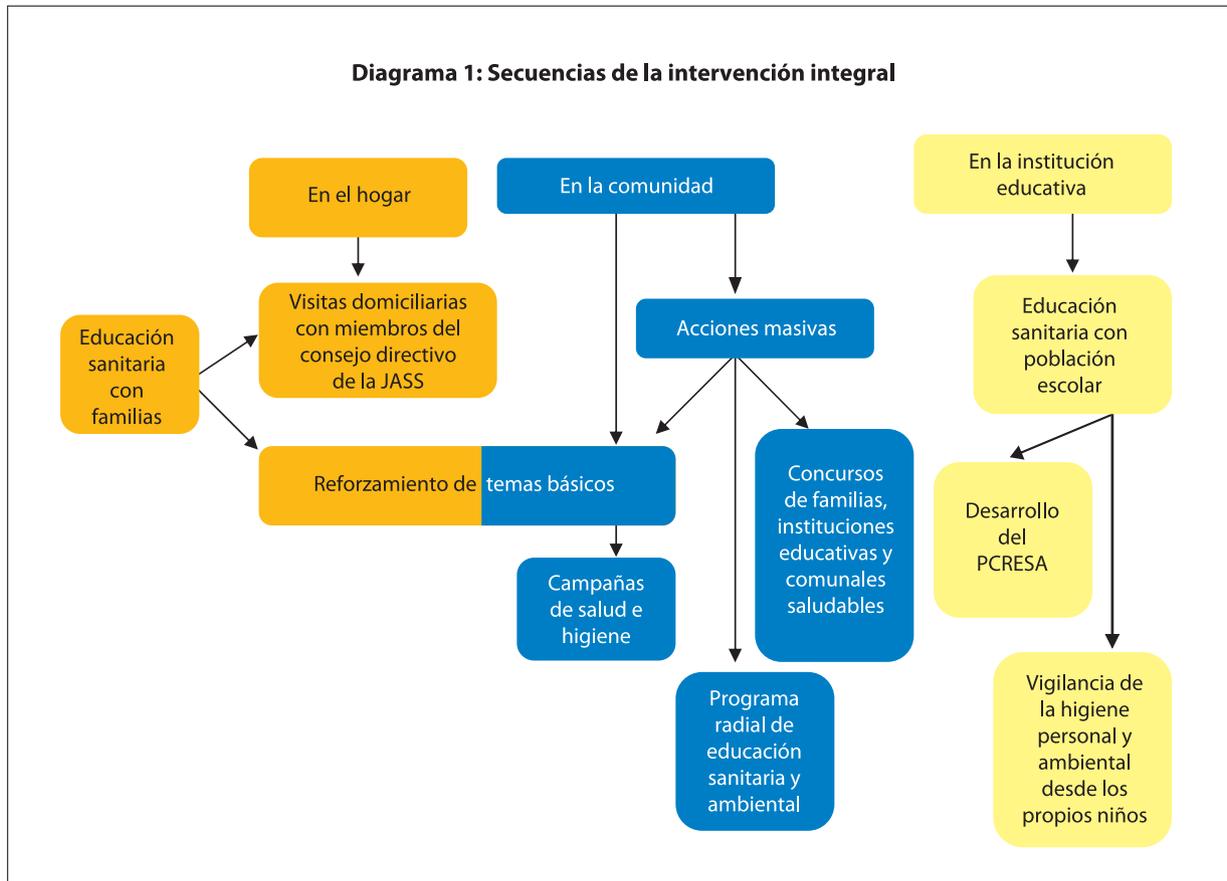
c) Las JASS: Fueron capacitadas en administración, operación y mantenimiento de los servicios, para liderar la gestión del saneamiento en la comunidad, asimismo en los temas de salud e higiene, y seguimiento a las familias. Sin embargo, la participación de las JASS no fue homogénea, debido a que no todos participaron con el mismo empeño, razón por la cual se decidió la incorporación de un promotor de salud de la misma comunidad como miembro del consejo directivo de la JASS para apoyar el rol de educación sanitaria, lo que, en algunos casos, contribuyó a obtener mejores resultados.

2.3. La educación sanitaria y la intervención integral

Se desarrolló durante el modelo de intervención integral de educación sanitaria en tres espacios: el hogar, la comunidad y las escuelas (ver Diagrama 1).

En este enfoque, la educación sanitaria con las familias se desarrolló después de terminar la construcción de la obra, luego de que la familia ya contaba con los servicios de saneamiento a nivel domiciliario. Sin embargo, hubo una fase preparatoria antes y durante la ejecución de la

⁸ Véase Mailing Simpson-Hébert y Sara Word. Promoción del saneamiento. Organización Mundial de la Salud (OMS), CEPIS, Lima, 1998.



obra, partiendo de un diagnóstico situacional y levantamiento de la línea de base, la cual intensifica la atención a las familias, después de concluidas las instalaciones domiciliarias.

a) La línea de base

Comienza con un diagnóstico de la situación inicial de las familias rurales y es clave para el trabajo educativo. Para ello, se realizó en una muestra de familias, el levantamiento de la línea de base sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) y se observó una brecha entre los conocimientos teóricos y la práctica. Las familias tenían conocimientos sobre la importancia de la higiene y del lavado de manos, la utilidad del uso de los servicios –cómo usarlos y mantenerlos– pero durante las visitas se encontraban a los adultos y niños con evidencia de no haberse aseado en varios días, desorden y suciedad en sus viviendas, cocinas en total abando-

no, agua en depósitos sucios, sin tapa y expuesta a la contaminación por la presencia de animales domésticos. Con esta información se pudo medir y comparar los resultados a partir de indicadores durante el proceso y al final de la intervención integral.

b) La preparación de las condiciones básicas

Se ejecutó antes y durante el proceso de construcción de las obras de infraestructura. La promoción en saneamiento básico tiene un paquete de acciones, en el que se reflexiona con la población usuaria sobre la importancia del saneamiento, tenencia de los servicios, necesidad de usarlos y mantenerlos adecuadamente, así como la práctica de hábitos de higiene personal y ambiental para mejorar las condiciones de salud y vida. Esta etapa tenía una duración de cinco meses y se desglosó de la siguiente manera:

▪ **Acciones “Antes de la obra de infraestructura” (1 mes):**

Las acciones de promoción preparaban a las familias para las prácticas en relación con la higiene y el saneamiento. A partir de la auto reflexión, se sensibilizó a los usuarios para reconocer la importancia del saneamiento en la salud, despertando el interés a partir de su propia realidad, movilizándolo a la población usuaria, generando su respuesta y compromiso a fin de garantizar su participación en el proceso.

Concluido este momento, se logra el objetivo de comprometer a las familias en las acciones de promoción para la higiene y el saneamiento. Las principales actividades fueron: talleres como “Análisis de la problemática del saneamiento (causas, efectos, alternativas de solución y responsables)”, con la finalidad de identificar y priorizar los problemas, y asumir los compromisos de participación en el proyecto. Otro tema fue la “Organización y participación comunitaria y liderazgo”, en el cual se analizó la participación comunitaria, los diferentes tipos de liderazgo y su importancia en el desarrollo de la comunidad. Estos talleres fueron la base para la constitución de la JASS y la elección de su consejo directivo.

▪ **Acciones “Durante la ejecución de la obra” (4 meses):**

Durante la ejecución de las obras se realizaban acciones de promoción para desarrollar capacidades en las familias, preparando las condiciones para la práctica de higiene personal y ambiental en el espacio familiar y comunal. Se realizaron talleres sobre temas básicos, como género, autoestima, importancia del agua para la vida y la salud, importancia de la disposición sanitaria de excretas, hábitos de higiene y prevención de enfermedades ligadas al saneamiento, disposición de residuos sólidos y reuso de los plásticos. Se realizaron visitas al interior de los domicilios para verificar la construcción de sus servicios, continuando en este espacio con la motivación y sensibilización de las prácticas de higiene personal y ambiental.

2.4. El diseño de la estrategia de educación sanitaria integral

Primera fase: diagnóstico y materiales

La educación sanitaria con las familias se desarrolló de manera concertada con ellas, éstas decidieron el horario para el trabajo, facilitando la actuación de todos sus miembros mediante una metodología participativa. Con apoyo de una consultoría externa se realizó una línea de base previa al diseño de la propuesta. La línea de base se levantó en el 20% de familias de 12 comunidades en relación con el Cuadro Analítico de Personal, Cuadro de Asignación de Personal, CAP, los resultados fueron los siguientes:

- El 74% tenía conocimientos adecuados sobre el cuidado y usos del agua. Sin embargo, en la práctica solo 11% la usaba adecuadamente y 4% la almacenaba en forma correcta.
- El 82% reconocía la importancia de la higiene personal, pero solo 9% de niños y 17% de los adultos estaban aseados.
- El 76% de las manos estaban sucias. Además, 80% de la frecuencia del lavado de manos fue calificado como inadecuado, se hacía solo en uno o dos momentos claves antes de comer, después de usar la letrina o baño o antes de preparar los alimentos.
- El 89% conocía la importancia de tener una letrina o baño, pero solo 2% tiene este servicio y 67% no se lava las manos después de defecar.
- El 94% tenía inadecuados conocimientos en relación con la disposición de la basura. Además, en 87% de las familias se observó basura en la cocina o patio, mientras que otros señalaban que la echan al río o la quemaban.

Dicha información ayudó a incorporar los elementos metodológicos y conceptuales en el trabajo educativo a partir de las conductas sanitarias necesarias de mejorar o cambiar. Luego se elaboraron materiales educativos, se definieron las fases del proceso y la metodología a seguir en cada una de las etapas, abordando cinco temas en el trabajo con las familias:

- ✓ Agua: cuidado y uso racional del agua.
- ✓ Lavado de manos: antes de comer, después de usar la letrina o baño, antes de preparar los alimentos y después de cambiar los pañales a los bebés.
- ✓ Cuidado: uso y mantenimiento de letrinas o baños.
- ✓ Vivienda: higiene de la vivienda, orden y limpieza de la cocina. Limpieza y protección de utensilios de cocina.
- ✓ Disposición de residuos sólidos: uso del microrrelleno sanitario.

Segunda fase: la validación

La propuesta siguió con un proceso de validación de campo en doce comunidades: seis de valle y seis de zona alto andina, con la participación de los promotores (uno por comunidad). En el proceso participaron seis promotores, quienes se capacitaron para el trabajo, y dos monitoras y dos miembros del equipo de SANBASUR. Se elaboraron instrumentos para medir los efectos de los materiales educativos y la aplicación de la metodología en las sesiones con las familias. Los resultados obtenidos fueron significativos y la propuesta metodológica resultó ser efectiva, facilitando el trabajo de los promotores. La familia se involucró en el proceso de aprendizaje. Fue manifiesta la satisfacción de las familias al quedarse con los materiales educativos, con un alto nivel de aceptación y percepción positiva sobre estos. Hubo un alto porcentaje de familias (80%) que cumplió su compromiso de una visita a otra, lo que demostraba que la educación enfocada tiene mejores efectos que una intervención de carácter masivo.

Tercera fase: validación e investigación

Para complementar los hallazgos, se llevó a cabo una investigación a cargo de dos tesis de enfermería, quienes elaboraron el estudio "Efectos de la metodología educativa-participativa en las prácticas de higiene de familias intervenidas por SANBASUR", efectuado en ocho comunidades, cuatro de valle y cuatro alto andinas, en una población total de 1,220 habitantes y en una muestra de 240 familias. Las principales conclusiones del estudio fueron:

- a. En la visita final de la educación sanitaria con metodología participativa, se observó que las prácticas

adecuadas de higiene se modificaron en 60% de las familias de la zona de valle y 42% de la zona alto andina, en relación con la situación inicial.

- b. En cuanto al uso de los materiales educativos participativos y la comprensión de mensajes, 91% de las familias que usaban todos los materiales señalaron que los motiva a la práctica de hábitos de higiene. De éstas, 48% presentaban prácticas adecuadas. La investigación concluyó con las siguientes recomendaciones:

- Continuar desarrollando acciones de educación sanitaria y difusión masiva, reforzando contenidos en el trabajo particularizado con las familias, intensificando la práctica de hábitos de higiene como el lavado de manos en forma adecuada.
- Continuar desarrollando acciones colaterales como el concurso de escuela y comunidad saludable que refuerzan las prácticas de higiene de las familias.
- Implementar la metodología educativa-participativa, con materiales educativos en toda la intervención integral en saneamiento a nivel comunitario, y ampliar el tiempo de intervención con dicha metodología.

Asimismo se recomendaba una mejor coordinación y cooperación interinstitucional después de concluida la intervención de los proyectos, sobre todo en las escuelas, establecimientos de salud y municipalidades, a fin de consolidar los logros durante el desarrollo de la intervención integral.

Cuarta fase: La implementación de la estrategia educativa

La implementación de la estrategia educativa en una intervención integral supone que, las fichas de aprobación de los proyectos y el expediente técnico-social deberán considerar el trabajo educativo con las familias en la fase post construcción de los sistemas. El proceso considera:

▪ La metodología

En el trabajo educativo con las familias, el promotor debía tener presente el trabajo concertado con la

familia, las visitas domiciliarias, las que se llevaban a cabo, una o más veces al mes, de acuerdo con las necesidades o problemas identificados en las familias; el desarrollo de acciones educativas significativas, mediante el uso de metodologías participativas y la asignación de materiales educativos de uso exclusivo de la familia, especialmente diseñados para este fin.

En la sesión educativa, el facilitador debía tener presente los principios de la educación de adultos, lo que le permite organizar de manera eficiente las actividades de aprendizaje de las familias. Estos momentos son: recolección de conocimientos y experiencias previos; desarrollo de las ideas claves o contenidos; aplicación práctica; reforzamiento; evaluación y compromiso.

Concluido el proceso, se motiva a la familia para que asuma el compromiso de la práctica de aquellos aspectos que se identificaron como débiles y que se reforzaron durante la sesión educativa. El compromiso es asumido por todos los miembros de la familia, escribiéndolo en una cartulina o un papel y colocándolo en un lugar visible de la casa para recordarlo. Estos elementos metodológicos favorecieron el trabajo generador de procesos auto reflexivos. La clave metodológica se encuentra en asumir la técnica de la "pregunta motivadora" como método. Es decir, preguntar a la familia, de modo que le permita reflexionar sobre el tema tratado a partir de su propia experiencia personal y familiar. Este método logró excelentes resultados en el proceso educativo.

▪ **Los materiales utilizados**

Los materiales educativos son un valioso medio para lograr los objetivos de aprendizaje, los mayormente utilizados fueron:

- ✓ Una guía metodológica que orienta al promotor en su trabajo con las familias.
- ✓ Un afiche para la auto evaluación de las conductas sanitarias por parte de las familias.

- ✓ Un manual rotafolio: "Trabajamos juntos en el saneamiento intradomiciliario (SID)".
- ✓ Un juego de ludo: "Practicando la higiene cuidamos nuestra salud".
- ✓ Un rompecabezas: "Jugando aprendamos a lavarnos las manos".
- ✓ Tres afiches: "Lavado de manos", "Uso de letrina" y "Cuidado del agua".

Los mensajes claves eran breves, –bajo la modalidad de ideas fuerza–, de acuerdo a las conductas sanitarias a ser trabajadas con las familias, de tal manera que fueran recordados fácilmente y que se familiarizaran rápidamente con ellos, motivándolos y generando en ellos un sentimiento de orgullo por la asimilación rápida de nuevos conocimientos. La aplicación de esta metodología se expresó en el compromiso que asumieron las familias y permitió consolidar nuevas prácticas.

El uso de los materiales educativos se realizó siguiendo los siguientes pasos:

1. La descripción: donde se analiza todo lo que se observa en el material educativo.
2. La contrastación: para confrontar los mensajes presentados con la propia realidad personal, familiar y comunitaria.
3. El mensaje o idea clave: interrogando a los miembros de la familia. Por ejemplo: ¿Qué nos quieren decir estos materiales? ¿Cuál es la principal idea que trae consigo?
4. El reforzamiento: en base a las respuestas de los participantes, se refuerzan los contenidos impartidos.
5. La evaluación: permite medir el aprendizaje en las familias, el saneamiento intradomiciliario (SID) privilegia el aprendizaje de carácter práctico.
6. El compromiso: fundamental para la aplicación práctica, producto de la auto reflexión y análisis de la situación familiar.

▪ **Etapas del proceso educativo**

La propuesta metodológica se implementó a través de un proceso compuesto de cuatro etapas:

Etapas del proceso	Participantes	Instrumentos o material educativo
I. AUTOEVALUACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico participativo. • Identificación de conductas sanitarias de riesgo en el ámbito familiar. • Necesidades educativas en relación con conocimientos y prácticas. 	Familias con apoyo del promotor.	<ul style="list-style-type: none"> • Afiche de autoevaluación familiar.
II. DESARROLLO DE CONTENIDOS <ul style="list-style-type: none"> • En base a la auto evaluación e identificación de conductas de riesgo o críticas, se desarrolla o refuerza principales contenidos referidos a higiene personal y ambiental. 	Promotor con la activa participación de las familias.	<ul style="list-style-type: none"> • Manual rotafolio “Trabajando juntos en el saneamiento intradomiciliario (SID)”.
III. REALIMENTACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Utilizando técnicas de juego o lúdicas, la familia realimenta los contenidos desarrollados en el proceso educativo. 	Familias con apoyo del promotor.	<ul style="list-style-type: none"> • Juegos como ludo y rompecabezas.
IV. EVALUACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • Permite que los miembros de la familia en forma libre respondan a las preguntas en relación con el tema abordado, dando oportunidad a la participación de los niños, quienes actúan en forma espontánea y transparente, sin ningún tipo de prejuicios. 	Familias con apoyo del promotor y en algunos casos del consejo directivo de las JASS.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos de monitoreo y evaluación: “Guía de observación del saneamiento intradomiciliario (SID)”.
V. COMPROMISO <ul style="list-style-type: none"> • Se retoma aspectos identificados como débiles y se relacionan con el trabajo realizado en el reforzamiento para arribar al compromiso, el cual se registra por escrito y se coloca en un lugar visible. 	Familias con apoyo del promotor.	<ul style="list-style-type: none"> • Papel o cartulina, donde la familia registra su compromiso.

2.5. Monitoreo y evaluación

El monitoreo fue el acompañamiento, seguimiento y control rutinario de las familias en el mejoramiento de los comportamientos sanitarios y condiciones del saneamiento intradomiciliario (SID) (anexo 1). La participación de las familias fue clave, en tanto que son ellas las que identifican el estado actual de la conducta sanitaria familiar marcando en el afiche de auto evaluación⁹. Los promotores facilitan este proceso y, en algunos

miento intradomiciliario (SID) (anexo 1). La participación de las familias fue clave, en tanto que son ellas las que identifican el estado actual de la conducta sanitaria familiar marcando en el afiche de auto evaluación⁹. Los promotores facilitan este proceso y, en algunos

⁹ Los indicadores fueron: % de familias cuidan adecuadamente el agua y la conexión domiciliaria. % de familias se lavan las manos antes de comer, antes de preparar los alimentos y después de usar la letrina o baño. % de familias mantienen sus cocinas limpias y ordenadas. % de familias usan y mantienen limpia la letrina o baño. % de familias usan micro relleno sanitario.

casos, los miembros del consejo directivo de la JASS. El promotor registra en el instrumento del saneamiento intradomiciliario (SID) las conductas observadas.

Al concluir la intervención integral, se realiza la “liquidación social”, que consiste en la entrega de un informe a la comunidad, al establecimiento de salud y a la municipalidad, sobre las condiciones de obra, costos y la situación en que se encuentran las familias en relación con los comportamientos sanitarios, con un informe sobre indicadores¹⁰ de la situación inicial *versus* los resultados obtenidos a la conclusión del proceso.

2.6. La educación sanitaria en la post intervención¹¹

▪ **Articulación de las familias con la escuela**

El modelo de intervención integral en saneamiento implementado por SANBASUR también tenía otro eje clave: el trabajo desde el Programa Curricular Regional de Educación Sanitaria y Ambiental (PCRESA), que ejecutan las escuelas de la región para desarrollar competencias y capacidades, en la búsqueda de formar hábitos saludables en la población escolar sobre higiene personal, especialmente el lavado de manos (antes del desayuno o almuerzo escolar, después de usar la letrina o el baño), el uso y mantenimiento de estos servicios, el uso adecuado del micro relleno sanitario y la constitución del comité de salud e higiene en la escuela.

La integración de la estrategia educativa del hogar con la escuela y con los niños ha tenido una incidencia positiva en mejorar los comportamientos sanitarios en la familia. En el espacio familiar son los niños quienes tienen una mayor participación en el desarrollo de la sesión educativa, en la vigilancia y control

del cumplimiento de los compromisos. Por otro lado, se da continuidad en el hogar al trabajo realizado desde la escuela, ya que los padres de familia conocen la importancia de los temas tratados en ambos espacios –hogar e institución educativa– y se encuentran en mejores condiciones para aportar a mejorar los comportamientos sanitarios.

▪ **Articulación de la municipalidad, el establecimiento de salud y la escuela**

La post intervención es tan importante como la propia intervención, dado que en esta etapa se consolidan comportamientos sanitarios o se puede perder el trabajo realizado con la intervención integral. Por ello, la participación de los actores locales es clave, tanto el personal de la municipalidad como del establecimiento de salud, a quienes corresponde acompañar a las familias usuarias con las visitas domiciliarias. Al mismo tiempo, las escuelas continúan implementando el Programa Curricular Regional de Educación Sanitaria y Ambiental (PCRESA). Ello se complementa con acciones educativas masivas, como el programa radial de educación sanitaria y ambiental (a cargo de la municipalidad), las campañas de salud e higiene, concursos de comunidad, familia e institución educativa saludable.

▪ **Los costos de la educación sanitaria**

El costo total de la educación sanitaria para una comunidad de 50 familias, considerando las acciones previstas en la intervención integral es de USD 2,315.00 con un costo unitario por familia de USD 46.00 resultando una inversión mínima frente al impacto y los resultados que se logran (anexo 2).

¹⁰ La familia se autoevaluó marcando en un afiche con un sticker que les facilitó el proyecto: una carita triste es de color rojo y significa que la familia aún no tiene prácticas adecuadas. Carita seria es de color amarillo y significa que la familia está en proceso de incorporación de buenos hábitos, pero, aunque tiene algunas prácticas, estas no son permanentes. Carita alegre es de color verde, la cual indica que la familia ya practica la conducta evaluada y equivale a bueno.

¹¹ La post intervención es cuando el proyecto concluye y se retira de la comunidad, dejando la responsabilidad del seguimiento al establecimiento de salud y la municipalidad.

≡ 3. Análisis y resultados

La experiencia de educación sanitaria en familias campesinas tuvo como resultados que los miembros de la familia mejoren sus hábitos de higiene y el mantenimiento de sus servicios de saneamiento. Por otro lado, el modelo cada vez más está siendo asumido por las instituciones públicas (Ministerio de Salud y municipalidades) y privadas (ONG), con buenas perspectivas de sostenibilidad y réplica.

3.1. Participación

La promoción en la educación, dirigida y concertada en las familias generó una mayor participación de los miembros de la familia. Se constituyó como elemento clave no solo para la práctica de higiene, sino también para el apoyo, vigilancia y control de los compromisos adquiridos por la familia. Este trabajo requiere de una planificación concertada con cada una de ellas. Se desarrolló de preferencia a tempranas horas de la mañana (de 4:30 a 7:30), antes de sus labores agrícolas.

Las acciones masivas como las campañas de salud e higiene, concurso familiar, comunal e institucional saludable motivaron las prácticas de higiene a nivel personal, especialmente en la población joven, la que evidencia mayor compromiso para el cambio de sus conductas. La participación de los niños tuvo incidencia positiva en el logro de los resultados, pues dinamizaron el proceso, siendo además motivo de admiración y orgullo de sus propios padres. Este potencial en el hogar que había sido subestimado fue decisivo en el aprendizaje de las familias. El carácter lúdico de los materiales favoreció su uso, fortaleciendo espacios familiares de comunicación, relajación y aprendizaje. La mayoría de las familias se reúnen para jugar (65%) y continúa reuniéndose a diario para conversar. “Los juegos nos han gustado. No conocíamos los rompecabezas, no

teníamos juguetes. Nos agradaron las capacitaciones. Así, compartimos la mujer y el varón”, dicen los integrantes de la familia Mesada, de Santa Teresa.

3.2. Impacto social

Al concluir la educación, se ha logrado que las familias mejoren sus hábitos de higiene: de 29% con adecuados hábitos antes de la intervención se incrementó al concluir el proyecto al 76%. Los resultados fueron mejores en familias de comunidades del valle que las de zonas alto andinas. El 2006 se visitó a 1,150 familias de 22 comunidades de fases anteriores, presentando los siguientes resultados:

- Las familias beneficiarias del programa utilizan los servicios de agua (94%) y las letrinas (95%), de las cuales el 84% las mantienen limpias, realizando el aseo en su mayoría diariamente (42%). Las familias que tienen micro relleno sanitario lo utilizan en 84% y los servicios son supervisados por los consejos directivos de las JASS en 64%.
- La incorporación de hábitos de higiene y el uso de las letrinas ha producido cambios en las relaciones de género en la familia. La limpieza de las letrinas es asumida por las mujeres como parte de su rol doméstico (53%). El aseo a los niños lo realizan los varones (41%). Se ha reducido el maltrato a la esposa, pues hay más respeto entre padres e hijos y entre esposos (64%), menos maltrato a los hijos (65%). “Hemos aprendido a defendernos. Los hombres antes nos maltrataban y ahora ya no, es muy poco. Ya no discutimos, ahora conversamos. Hay más comprensión, hemos cambiado”, dice una comunera de Paccha Chico, de Santa Ana.

- El trabajo educativo en higiene y saneamiento es apreciado por las familias campesinas como muy bueno en 31% y bueno en 60%. Han mejorado sus hábitos de higiene en 94% y 86% consideran el lavado de manos uno de los aspectos más importantes que han aprendido. Han cambiado la forma de vida y la condición de sus viviendas en 91%, ha mejorado el ambiente en 83% y la salud de la familia en 95%.¹²
- El tiempo y las labores agrícolas fueron una de las principales limitaciones (40 y 28%). Sin embargo, el impacto es reconocido por las familias: “Ahora vivimos como gente, gracias a SANBASUR”, dice una familia de Chumpicancha, de Ccatca. El proceso de enseñanza y aprendizaje en higiene y saneamiento se percibe así: “Cada vez que nos visitaba la promotora, aprendíamos más sobre limpieza”, dice un comunero de Paccha Chico, de Santa Ana. “Me siento contento porque he aprendido muchas cosas: a lavar, a barrer, a apreciar la higiene, a contar con un baño con arrastre. Antes no teníamos bateas y hay facilidad para lavar”, declara un comunero de Naranjal, de Vilcabamba.

3.3. Fortalecimiento de la institucionalidad local

La alianza estratégica municipalidad, escuela y establecimiento de salud en la post intervención consolida comportamientos sanitarios de las familias. El programa radial de educación sanitaria ambiental de la municipalidad logró un reconocimiento motivando a las familias a la práctica. El Programa Curricular Regional de Educación Sanitaria y Ambiental (PCRESA), la promoción y formación de hábitos desde la escuela, fortalece la práctica a nivel del hogar. El trabajo del personal de salud con el responsable de saneamiento de la municipalidad en el seguimiento y acompañamiento a las familias apoyó la consolidación de comportamientos sanitarios.

Actualmente instituciones no gubernamentales de la Región Cusco –como Word Vision, IAC Luis Vallejos Santoni, Asociación Solaris– replican el modelo de intervención. Por otro lado, la Dirección Regional de Salud, a través de la Dirección Ejecutiva de Salud Ambiental (DESA), está implementando la promoción de la salud en higiene y saneamiento para la consecución de la familia y comunidades saludables. Municipalidades como las de Echarati, Santa Ana y otras han asumido la educación sanitaria en el marco de la intervención integral, con el financiamiento de los materiales educativos. El bajo costo favorece la replicabilidad en otras localidades de la región y también en otras regiones a nivel nacional.

La región dispone de recursos humanos calificados para asumir la gestión y facilitación técnico-social del saneamiento básico a nivel comunitario, apoyado por el Diplomado implementado por la Universidad Nacional San Antonio Abad de Cusco (UNSAAC). La creciente apropiación del modelo en la región garantiza la sostenibilidad, por cuanto la educación sanitaria es parte del componente social; sumado a esto, la sensibilización y reconocimiento de la educación sanitaria como elemento básico por parte de autoridades, trabajadores municipales y líderes de la sociedad civil, participantes en el programa de gestión municipal participativa. La voluntad política de las autoridades municipales, para asumir el rol asignado por la ley respecto a salud, salubridad y saneamiento, es también un factor favorable de la sostenibilidad.

3.4. Limitaciones en el proceso de implementación

En el desarrollo de la experiencia para promover la salud e higiene entre las familias de las comunidades campesinas hubo diversas limitaciones, las que se debieron superar en algunos casos con mucho esfuerzo, a fin de lograr los resultados propuestos. Se pueden resumir en las siguientes:

¹² Encuesta y guía de observación aplicada a familias de zona alto andina y de valles en abril y mayo de 2006, en comunidades con intervenciones integrales de fases anteriores.

- Cuando hay un bajo nivel de coordinación en el equipo de campo se convierte en una limitación para el desarrollo de la educación sanitaria.
- La demora en el financiamiento de las obras genera un desfase con el desarrollo de las acciones sociales, la comunidad preparada para la educación sanitaria y las familias, ya que no cuentan con los servicios a nivel domiciliario, indispensables para la práctica.
- Dispersión y el espacio limitado de las viviendas para la ubicación adecuada de los servicios limitaron la práctica de la higiene personal. El promotor requiere de más tiempo para cumplir su trabajo con las familias.
- La población adulta presenta una mayor dificultad para la práctica saludable, debido a las malas costumbres arraigadas de los hábitos de higiene o a algunos padres que no brindan apoyo para las prácticas de higiene de sus niños. El horario, tempranas horas de la mañana, limita el trabajo del promotor, pero es favorable para la familia.
- El alcoholismo en algunas comunidades genera violencia y abandono personal y familiar, lo cual limita el desarrollo del proceso de educación sanitaria con las familias, durante la intervención integral, y con débiles resultados en la post intervención. La desconfianza de algunos esposos por la presencia del promotor (varón) sugiere que sean mujeres las promotoras para trabajar con las familias.
- El trabajo voluntario tiene límites, pues no siempre se obtiene los mejores resultados. La participación de los miembros del consejo directivo de la JASS no fue de igual intensidad y compromiso, por cuanto es un trabajo ad honórem.
- La ausencia de políticas que revaloren la educación sanitaria para mejorar hábitos de higiene y conductas sanitarias, así como el escaso compromiso de los establecimientos de salud, los cuales realizan extensión a la comunidad con servicios asistenciales, antes que promocionales y educativos, limitaron un mayor desarrollo personal y familiar, para la educación sanitaria de las familias.

4. Lecciones aprendidas

- a. La promoción antes y durante la ejecución de la obra sensibiliza a las familias usuarias sobre la importancia del saneamiento y la higiene, generando condiciones favorables para la práctica de la higiene personal, uso y mantenimiento de los servicios y micro relleno sanitarios. La promoción es el eje articulador de la intervención integral comunitaria. La participación de los niños en las sesiones educativas con las familias juega un rol importante para el cumplimiento de los compromisos familiares. El rol promotor que asumen en la vigilancia y control de los adultos es un factor clave dentro del hogar.
- b. Contar con servicios de agua y saneamiento es percibido por las familias como una ventaja para su salud, lo cual permite mejorar la autoestima, las posiciones en mejores condiciones, favoreciendo los hábitos de higiene a nivel personal y familiar. Las familias que han participado de la intervención integral se apropian de los servicios de saneamiento, los cuidan, usan adecuadamente, y reconocen el valor agregado de sus viviendas.
- c. Una JASS legitimada frente a las familias usuarias asume el liderazgo en la gestión sostenible del saneamiento básico en su comunidad, incidiendo en las familias comuneras y apoya el mejoramiento de las conductas sanitarias. Los miembros de los consejos directivos de las JASS tienen la exigencia de constituirse en modelos de comportamientos sanitarios a seguir por las familias. Para el seguimiento, las promotoras tienen mayor aceptación familiar.
- d. La apropiación de la propuesta por las municipalidades se facilita cuando valoran el modelo. A su vez, la Dirección Regional de Educación del Cusco implementa el Programa Curricular Regional de Educación Sanitaria y Ambiental (PCRESA) para la formación de hábitos saludables en los niños, lo cual tendrá un impacto positivo no solo en su formación, sino también en el entorno familiar.
- e. La aplicación de una estrategia y metodología participativa en el proceso educativo sanitario en familias campesinas logra mejorar los hábitos de higiene en las mismas. Un factor que ayuda al logro de los resultados es la modalidad de las visitas domiciliarias de promotores institucionales en todo el proceso. La combinación de enfoques de atención individualizada para cada familia, con la promoción de una conciencia comunitaria acerca de las ventajas de la salud e higiene comunal, aporta al logro de mejores resultados, donde los promotores de salud y los directivos de las JASS desempeñaron un papel clave. La experiencia de SANBASUR sugiere que en la implementación de metodologías de promoción de la salud e higiene en el área rural éstas se deben adaptar a la realidad de cada comunidad, el de la intervención familiar directa, con la promoción de la salud y educación a nivel comunitario. El modelo de intervención integral otorga al proceso educativo para la salud un elemento clave para mejorar los hábitos de higiene en las familias campesinas.
- f. El uso de material educativo adecuado y lúdico es un factor motivador en el proceso de enseñanza y aprendizaje, ya que contribuye al mejoramiento de hábitos de higiene en familias rurales. Las preguntas motivadoras y el orgullo de las familias por aprender nuevos conocimientos garantizan la sostenibilidad de los cambios de hábito.
- g. La articulación escuela, familia y municipalidad con el sector Salud y Educación en el proceso educativo familiar garantiza la sostenibilidad del modelo. El soporte de la escuela con el programa educativo ambiental ha mejorado los hábitos de higiene en el alumnado. La educación sanitaria es la base para la sostenibilidad social de las inversiones en saneamiento básico, por tanto se debe invertir recursos financieros y humanos para su implementación.

Anexo 1

Guía para la verificación del saneamiento intradomiciliario (SID), hábitos de higiene y enfermedades ligadas a saneamiento

1. INFORMACIÓN GENERAL

N° _____

Provincia: _____ Distrito: _____

Comunidad/Anexo/Sector: _____

Establecimiento de salud: _____

Nombre y apellidos del usuario: _____

Ubicación del domicilio (referencia): _____

Número de miembros de la familia: Total _____, varones _____, mujeres _____

2. VERIFICACIÓN HÁBITOS DE HIGIENE	Visitas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	Fechas												
2.1. AGUA													
2.1.1. ¿Consumen agua clorada?													
2.1.2. ¿La almacenan en depósitos limpios y con tapa?													
2.1.3. ¿Sacan el agua almacenada sin contaminarla (en jarra)?													
2.1.4. ¿Utilizan el agua directamente del caño?													
2.1.5. ¿La batea está limpia y funcionando?													
2.2. HIGIENE PERSONAL													
2.2.1. ¿Las personas están aseadas?													
2.2.2. Lavado de manos													
• ¿Tienen las manos limpias? (verificar)													
• ¿Se lavan las manos a chorro? (verificar)													
• ¿Se lavan las manos antes de preparar los alimentos?													
• ¿Se lavan las manos antes de comer?													
• ¿Utilizan jabón o ceniza para lavarse? (verificar)													
2.3. LETRINAS													
2.3.1. ¿Tienen letrinas o baño?													
2.3.2. ¿La letrina o el baño está limpio? (verificar)													
2.3.3. ¿Usan la letrina o el baño?													
2.3.4. ¿Se lavan las manos después de usar las letrinas?													
2.4. VIVIENDA													
2.4.1. ¿La cocina está limpia y ordenada? (observar)													
2.4.2. ¿Los utensilios de cocina están limpios y protegidos? (observar)													
2.4.3. ¿Usan el corral para los animales mayores y menores?													
2.4.4. ¿El patio y alrededor de la vivienda está limpia (sin heces)?													
2.5. DISPOSICIÓN DE BASURA													
2.5.1. ¿Entierran la basura o la echan en el microrrelleno sanitario? (observar)													
TOTAL													
Calificación*													

3. PRESENCIA DE ENFERMEDADES EN EL MES ANTERIOR													
3.1. EDA Enfermedades Diarreicas Agudas													
3.1.1. ¿Se presentó diarrea en menores de 5 años? (número de casos)													
3.1.2. ¿Se presentó diarrea en mayores de 5 años? (número de casos)													
3.2. ENFERMEDADES DE LA PIEL													
3.2.1. ¿Se presentaron enfermedades de la piel en menores de 5 años? (número de casos)													
3.2.2. ¿Se presentaron enfermedades de la piel en mayores de 5 años? (número de casos)													

Anexo 2

Costos de las actividades de educación sanitaria

Momentos de las intervenciones integrales	Duración	Actividades**	Descripción	Unidad de medida
Acciones previas	1 mes	Diagnóstico comunitario y línea basal CAP (conocimientos, actitudes, prácticas) de familias y población escolar.	Honorarios del promotor	Mensual
			Materiales de escritorio	Global
		Subtotal		
Antes de la obra	1 mes	Talleres: 1) Análisis de la problemática de saneamiento básico ambiental. 2) Organización, participación comunitaria y liderazgo.	Honorarios del promotor	Mensual
			Material de escritorio	Global
			Material educativo	Unidad
		Subtotal		
Durante la obra	4 meses	Seis talleres sobre temas básicos considerado el programa de promoción.	Honorarios del promotor	Mensual
			Material de escritorio	Global
			Material educativo (rotafolios)	Unidad
		Subtotal		
Después de la obra	5 meses	Educación sanitaria particularizada a las familias en visitas domiciliarias. Reforzamiento de contenidos temáticos en asamblea comunal. Acciones masivas campañas de salud e higiene, concurso de familias y comunidad saludable.	Honorarios del promotor	Mensual
			Material de escritorio	Global
			Material educativo*	Global
			Manual Rotafolio	Unidad
			Premios	Global
		Subtotal		
		Total		

* Considera una comunidad prototipo de 50 familias.

** Acciones previstas en la intervención integral en Saneamiento Ambiental Básico.

Cantidad	Coficiente	Costo por unidad	Costo total en soles	Costo total en dólares	Observaciones
1	1	600.00	600.00	179.10	Aporte de la municipalidad
1		250.00	250.00	74.63	
			850.00	253.73	
1	0.5	800.00	400.00	119.40	
1		100.00	100.00	29.85	
1	0.5	666.00	333.00	99.40	1 rotafolio: presentación del proyecto. 1 juego de manuales para la comunidad x 6. 1 juego de módulo para promotores x 5
			833.00	248.66	
1	0.3	800.00	240.00	71.64	
1		200.00	200.00	59.70	
3	0.5	100.00	150.00	44.78	Figuras de género, rotafolios con importancia del agua, eliminación de excretas y hábitos de higiene. Figuras de género
			590.00	176.12	
5	0.7	800.00	2,800.00	835.82	Duración de 5 a 6 meses
1		100.00	100.00	29.85	Fotocopias y anillados, instrumentos del saneamiento intradomiciliario (SID) y otros. Campañas de salud e higiene. Concursos de familias y comunidad saludable
50		44.40	2,220.00	662.69	Paquete para el trabajo educativo a ser entregado a cada familia
1		64.50	64.50	19.25	
1		300.00	300.00	89.55	Para concurso. Aporte de la municipalidad
			5,484.50	1,637.16	
			7,757.50	2,315.67	

