FORTALECIMIENTO DEL

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
Facultad de Medicina-Enfermería-Nutrición Tecnología Médica
Unidad de Post-Grado

PROYECTO DE INTERVENCION EN SALUD FORTALECIMIENTO DEL USO DE PLANTAS MEDICINALES EN LOS CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO ANZALDO Y TARATA DEL DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA GESTION 2014 A 2015

POSTULANTE: Dr. Guido Sánchez Rojas

TUTOR: Dr. Carlos Tamayo Caballero

Cochabamba- 2013

AGRADECIMIENTO

A Dios por haberme permitido llegar a realizar este trabajo, iluminando mi camino y dándome la paciencia que se necesita. Por haberme dado la vida, iluminado mí camino y Guiado mis pasos hasta culminar la meta propuesta.

Un agradecimiento especial y sincero al Dr. Carlos Tamayo por aceptarme para realizar esta tesis bajo su tutoría, por su paciencia, orientación y permanente disponibilidad de tiempo.

A cooperación Belga que realizo un gran esfuerzo para conseguir financiamiento para el material didáctico y conseguir docentes quienes nos transmitieron sus conocimientos, experiencias profesionales dela medicina tradicional como la medicina académica, por lo que expreso mis agradecimientos y respeto.

INDICE

1. Introducción----------1
2. Antecedentes----------1
3. Análisis del problema a intervenir----------2
4. Diseño y selección de técnica e instrumentos----------3
5. Relación del proyecto de intervención con lineamientos de la política pública----------3
6. Justificación del proyecto----------4
7. Análisis de actores----------4
   6.1 Beneficiarios directos----------4
   6.2 Beneficiarios Indirectos----------4
   6.3 Oponentes----------5
   6.4 Afectados----------5
   6.5 Aliados----------5
8. Contexto o lugar de Intervención----------6
   8.1.1.-Geográfica Tarata----------6
   8.1.2.- Política----------10
   8.1.3.-Institucional----------11
   8.1.4.- Poblacional----------11
   8.1.5.-Cultural----------11
   8.2.1.- Geográfica Anzaldo----------13
   8.2.2.- Política---------- 14
   8.2.3.-Institucional----------16
   8.2.4.- Poblacional---------- 17
   8.2.5.-Cultural----------17
9. Objetivos----------18
   8.1 Objetivo General----------18
   8.2 Objetivos Específicos----------18
10. Resultados esperados----------18
11. Actividades----------19
12. Indicadores por la estructura de objetivos----------20
13. Fuente de verificación----------20
14. Supuestos----------21
15. Análisis de Viabilidad----------21
16. Análisis de Factibilidad----------22
   1.-Factibilidad Social----------22
   2.- Factibilidad Cultural/Intercultural----------22
   3.-Factibilidad Económica (presupuesto público----------22

17. Análisis de Sostenibilidad del proyecto----------22

18. Impacto esperado del proyecto----------24
19. Fuente de financiamiento para el presupuesto----------.24
20. Bibliografía----------25

21. 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.-Cronograma
    21.7.-Plan de Ejecución del proyecto
    21.8.-Sistema de monitoreo y evaluación del proyecto
    21.9.- Instrumentos utilizados

USO DE PLANTAS MEDICINALES EN LOS CENTROS DE SALUDD DEL MUNICIPIO ANZALDO Y TARATA DEL DEPARTAMENTO DE COCHABAMBA GESTION 2014 - 2015

1.- INTRODUCCIÓN.

Tanto la medicina tradicional como la medicina facultativa, respecto a la atención de la población poseen cualidades por esta realidad debemos enmarcarnos desde ahora en una visión de complementariedad mutua reconociendo y aprovechando las virtudes y mejorando las debilidades de los dos sistemas.

Fortalecer el proceso de articulación de la medicina tradicional con la convencional en los Centros de Salud del municipio de Anzaldo y Tarata, Departamento de Cochabamba. El proyecto pretende cumplir con siguientes **Objetivos específicos.**

Implementar el uso de las plantas medicinales en la práctica convencional de la medicina, y lograr al final **resultado como a)** Personal de salud usan plantas medicinales, b) Implementado las plantas medicinales en la Farmacia Institucional Municipal y c) Médicos tradicionales están capacitados para el manejo efectivo de plantas medicinales. Que la final se alcanzara la articulación de la medicina tradicional con la convencional además, la implementación del uso de plantas medicinales en la practica convencional de la medicina.

Metodológicamente el proyecto implementara talleres de capacitación en el uso de medicinas tradicionales y ejecutara una investigación con el personal de salud y médicos tradicionales en el Municipio de Anzaldo y Tarata para mejorar la calidad de respuesta en el uso y atención en salud al final de la gestión 2015.

2.- ANTECEDENTES.

- En Bolivia aproximadamente el 60% -80% de la población rural y urbana en sus sectores periféricos acude a la prestación de los servicios de la medicina tradicional para atender y resolver sus problemas de salud.[1]
- Bolivia tiene el mérito de haber sido el primer país en que se aceptó oficialmente la vigencia de la medicina indígena en enero de 1984 y se reglamentó su ejercicio el 13 de Marzo de 1087.[2]
- La constitución política del Estado Plurinacional Boliviano en el artículo 42 establece que: "Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y prácticas de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y practicas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígenas originario campesinos;

  II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

  III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.[3]

- La Ley Marco de autonomías en el Articulo 8, parágrafo II, numeral1, inciso b, indica que el nivel central del estado “Garantizara la recuperación de la medicina tradicional en el marco del Sistema Único de Salud.
- La salud familiar comunitaria intercultural se constituye en la nueva forma o forma complementaria de hacer salud en el sistema nacional de salud, la comunidad y sus organizaciones implementan la gestión compartida de la salud y la atención a sus o necesidades en el establecimiento,en el domicilio la familia y la comunidad[4].

  Este modelo sanitario, es participativo al buscar e impulsar que los actores sociales sean protagonistas en la gestión de salud y su entorno, a través de acciones intersectoriales e integrales en la que se articulan, complementan y se revalorizan las medicinas que existen en el país, pero particularmente las tradicionales, alternativas e indígenas[5].

3.- ANÁLISIS DEL PROBLEMA A INTERVENIR.

En los últimos años se está fortaleciendo la participación de la población en acciones de salud en varios niveles de la gestión y atención en la salud de la población boliviana, sin embargo estos esfuerzos son todavía insuficientes y en algunos casos no comprendidos, en este sentido la política de la Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural –SAFCI- no está siendo comprendida en su verdadera dimensión.

Esta debilidad incide en la atención, siendo que desde la constitución política del Estado Plurinacional boliviano, se reconoce y se incentiva al uso de la cultura, las tradiciones y las costumbres que hacen a nuestro pueblo, y, una expresión es la medicina tradicional en sus múltiples expresiones, tanto es así que históricamente; las poblaciones han usado estos recursos como única fuente no solo de remediar o curar la enfermedades sino de proteger la salud, es decir hacer de la medicina una práctica de

interculturalidad, entendida como; Para la Organización Panamericana de la Salud6 "...La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar. Para la Secretaria Nacional de Salud de México7, Interculturalidad significa, una relación donde varios grupos y poblaciones culturales diferentes, conviven y se relacionan compartiendo espacios territoriales, lingüísticos y jurídicos. Sin embargo, a diferencia de la multiculturalidad, donde se reconoce la diversidad de poblaciones y sin embrago un grupo cultural mantiene una relación de hegemonía sobre los demás, en las relaciones interculturales existe la disposición del reconocimiento a partir del ejercicio de derechos, no como concesión ni claudicación de los privilegios de un grupo ante otro, sino como el marco para potenciar relaciones hacia la convivencia social.

No reconocer la realidad multicultural del país, no solo de regiones rurales e indígenas sino también de las grandes ciudades, impide desarrollar un proceso comunicativo suficiente entre códigos culturales diferentes dificultando a nivel clínico:

- Establecer un diagnóstico certero
- Aumentar la referencia de casos que son posibles de resolver con los medios locales a niveles superiores, con el consecuente encarecimiento de una prestación médica o sanitaria.
- Explicar adecuadamente las indicaciones médicas[8].
- El seguimiento de las medidas profilácticas y terapéuticas indicadas,
- Establecer una relación triangular, el servidor público de salud, el medico tradicional y la población usuaria de ambos sistemas juntos o por separado

La SAFCI, no ha llegado al paradigma de la atención medica y en la actualidad tenemos dificultades en su implementación, tanto es asi, que el los actores principales no priorizan a la medicina tradicional y sus bondades para incorporar en el modelo de gestión y atención en salud, por ejemplo el Servicio Departamental de Salud Cochabamba – SEDES- no cuenta con el registro en el vademecun medico de las plantas medicinales formalmente, es ecidente que existen avances, tales como folletos que incentivan su uso, las organizaciones de médicos tradicinales obedecen en muchos casos a los aspectos gremiales y de esta manera rompen la razón de ser de la medicina tradicional, sin afectar los derechos y posibilidades de este gripo de tradicionalistas en el campo de la medicina.
Otra línea débil es la falta de evidencia científica tanto de la efectividad de las plantas como de la consistencia de las atenciones en términos de resultados, es todavía insuficiente para el contexto del proyecto evidencias empiricas, sin que estén respaldados por un proceso de al menos sistematización de estas prácticas.

No debemos dejar de mencionar que existe evidencia empírica del uso de las plantas medicinales, con efectos que no se pone en duda, sin embargo debemos seguir profundizando esta línea de acción.

Esto problemas detectados, no permiten la articulación entre la medicina tradicional y la medicina convencional en el nivel de establecimiento de salud y de esta manera mejorar no solo las coberturas sino y, fundamentalmente; la atención y resolución de problemas de salud de la población que busca mejor condición de vida y salud, para vivir bien.

El uso deficiente de plantas medicinales, radica en que los individuos han adoptado el paradigma asistencialista, vale decir que al estar enfermos estos acuden a un establecimiento de salud, en el que no se promociona, ni se emplea la medicina tradicional. Por otro lado la población desconoce la

efectividad de las plantas medicinales en la resolución de problemas de salud, debido a que los conocedores de las propiedades de las plantas medicinales como ser los médicos tradicionales o entendidos en la materia no socializan sus conocimientos ni a la población, ni a los médicos convencionales. Como consecuencia lógica la población se encuentra desmotivada y con una actitud negativa frente a la aplicación de las plantas medicinales como alternativa de tratamiento a sus problemas de salud.

En Anzaldo y Tarata no existen puestos de expendios de medicina tradicional, administrada por personal no necesariamente calificada, en muchos casos sin control por parte de la Gerencia de Red o una instancia del SEDES Cochabamba que incentive el uso de las plantas medicinales existentes en el municipio.

La encuesta realizada en la población de Anzaldo y Tarata muestra que el 93.8% usan plantas medicinales en su domicilio,como el eucalipto, manzanilla, malva, paico, muña, wirawira, pepa de palta,miel de abeja para curar dolor de cabeza, resfrió, dolor abdominal, tos, próstata, diarrea etc.

4.-DISEÑO Y SELECCIÓN DE LA TÉCNICA E INSTRUMENTOS.

Se empleará la técnica indirecta, el instrumento a emplear para la recolección de datos es la encuesta.

Se ha realizado colectivamente el análisis del problema elaborando un árbol de problemas convertido en un árbol de objetivos

Sobre la base de este instrumento se elaboró una matriz lógica que es la base para la ejecución y seguimiento del proyecto.

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

En el marco del decreto Supremo 29601 y la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural(SAFCI), en su principio de Interculturalidad, indica: Es la complementariedad y reciprocidad entre las personas, las familias y comunidades urbano rurales naciones y pueblos indígenas originario campesinos, comunidades interculturales y afro bolivianas, con las mismas posibilidades de ejercer sus sentires y saberes, conocimientos y prácticas, para reconocerse y enriquecerse; promoviendo una articulación armónica, horizontal y equitativa con la finalidad de obtener relaciones simétricas de poder, en la atención y toma de decisiones en salud. Del mismo modo entre la medicina académica y tradicional.

6.-JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.

Es importante ya que la mayor parte de la población boliviana usa las plantas medicinales como primera línea de tratamiento contra las enfermedades

Es imperativo revalorizar el empleo de las plantas medicinales en el tratamiento y prevención de las diferentes patologías, en razón de una cultura del uso de este recurso, que está demostrado, salvo excepciones que es la que menos complicaciones presente, además es de un costo que la población puede costear.

El proyecto pretende fortalecer el uso de las plantas medicinales en los establecimientos de salud y en las comunidades de los municipios de Anzaldo y Tarata de esta manera fortalecer el proceso de cambio del sistema de salud, con la incorporación de la medicina tradicional articulando con la medicina convencional.

Los Estilos de Vida que de manera conjunta con el medio ambiente representan el 60 a 80% de las causas de muerte, valores que denotan la importancia de la conducta del individuo sobre la salud y pone en manifiesto el elevado número de enfermedades que podrían evitarse, creando y cambiando percepciones, y modificando estilos de vida no saludables por otros más saludables*.

7.-ANÁLISIS DE ACTORES.

7.1. Beneficiarios directos.

- Las personas enfermas que acuden al uso de las plantas medicinales como alternativa al tratamiento de las patologías.

7.2. Beneficiarios Indirectos.

- Las autoridades locales en salud.- Gestionando la implementación de las boticas comunales con plantas medicinales.
- El cultivo de las plantas medicinales en huertos
- La industrialización de las plantas medicinales
- La recuperación de las plantas medicinales para el uso medico
- Personal de Salud.- Cumplimiento eficiente en el impartir conocimiento de la medicina tradicional y sus habilidades en información, educación y comunicación en promoción de la salud.
- La comunidad accede a medicamentos tradicionales mediante la mejora de sus conocimientos y destrezas en el empleo de las plantas medicinales para la prevención y tratamiento de las diferentes patologías.

7.3. Oponentes.

- Personal de salud y médicos tradicionales enraizados con el paradigma asistencialista.
- Farmacéuticos que están enmarcados en el comercio de grandes industrias farmacéuticas.
- Médicos tradicionales no comparten conocimientos para su recuperación.

7.4. Afectados.

- Personal de salud y médicos tradicionales enraizados con el paradigma asistencialista.

- Farmacéuticos que están enmarcados en el comercio de grandes industrias farmacéuticas.

7.5. Aliados.

- Autoridades locales de salud.
- Médicos tradicionales.
- Actores y ejecutores de las leyes y Políticas en salud que apoyan la recuperación de las plantas medicinales.
- Los médicos tradicionales en términos que están a favor de hacer de la medicina tradicional mas efectiva.

8.-CONTEXTO O LUGAR DE LA INTERVENCIÓN. EN DOS MUNICIPIOS ANZAL Y TARATA.

8.1.1.-Geografía de Municipio de Tarata.

- Latitud Longitud.

Según el Plan de Desarrollo Municipal el municipio de Tarata es la primera sección de la provincia Esteban Arce, capital de ésta se encuentra ubicada a 35 Km. de la ciudad de Cochabamba y al sud de la misma, en el Valle Alto, tiene 1.250 Km2. de extensión.

Ubicada entre los meridianos 65º 40 y 66º 10' y los paralelos 17º 29' y 17º 58', con una altura que varía entre los 2.760 m.s.n.m. en el centro del poblado hasta los 3.600 m.s.n.m. en las partes altas de los cantones de Tarata, Izata y Huerta Mayu.

El municipio de Tarata, capital de la provincia Esteban Arze, se encuentra ubicado entre los meridianos 66º 10' y 66º 15' y el paralelo 17º 35' y 17º 50' respectivamente.

- Límites Territoriales.

El municipio de Tarata limita al norte con el municipio de Arbieto (Provincia Esteban Arce), al oeste con los Municipios de Capinota y Santibáñez (Provincia Capinota), al

sur con el municipio Arampampa (Provincia Bilbao del departamento de Potosí) y al este con el Municipio de Anzaldo (Provincia Esteban Arze) y los Municipios de Cliza y Toco (Provincia Germen Jordán).

Se encuentra dividida en cuatro secciones municipales: Tarata, Anzaldo, Arbieto y Sacabamba; las dos primeras reconocidas según mención en la ley del 24 de noviembre de 1914, Arbieto creada según ley del 20 de septiembre de 1983 y Sacabamba de reciente creación, según ley del 1 de noviembre de 1990.

- División político administrativa.

El municipio de Tarata cuenta con cinco cantones: Izata, Huerta Mayu, Huayculi, Huasa Rancho y Tarata que es el centro político administrativo además de ser la capital provincial.

Síntesis histórica del municipio.

Tarata, primera sección de la provincia Esteban Arze y nombre de la capital de la misma, se denominó Villa de Tarata con el Decreto Supremo de Simón Bolívar el 29 de noviembre de 1825. Fue designado como departamento durante el gobierno de Mariano Melgarejo, mediante el Decreto Supremo del 5 de septiembre de 1866. Como provincia fue creada con el Decreto Supremo del 4 de enero de 1872, dictada en el gobierno de Agustín Morales. El nombre de Tarata parece derivarse del nombre árbol conocido como Tara que existía en grandes cantidades en esta zona.

Tarata tuvo una efectiva participación en la lucha por la independencia de Bolivia, sus pobladores organizaron la insurgencia contra los españoles

Muchos Tarateños participaron en la revolución del 14 de septiembre de 1810, no obstante el nombre de don Esteban Arze es recordado como uno de los caudillos de la guerra de la independencia que permitieron al Alto Perú convertirse en la república de Bolivia.

Otros hijos célebres de esta tierra que recuerda la historia Boliviana son: José Quintín Mendoza, Mariano Melgarejo y René Barrientos Ortuño.

Características climáticas.

Están en función de la precipitación pluvial, temperatura, evapotranspiración, radiación solar, humedad relativa y vientos por lo que al tratar este punto no es posible hacer una dimisión por provincias, si no debe considerarse el Valle Alto como una unidad físico geográfico.

La precipitación media anual para el Valle Alto para un periodo de veinte años determinada por el método de las isoyetas es de 478,5mm; con una temperatura promedio anual que oscila entre 12º y 18ºC entre los meses de septiembre y marzo, bajando entre abril y julio a 2º y 5ºC, siendo en general la variación anual de temperatura relativamente pequeña respecto a sus fluctuaciones diarias. La temperatura promedio anual en la provincia Esteban Arze es de 16,9ºC. La evaporación promedio anual es de 1.883 mm. Y un valor medio diario de 5,15 mm. La humedad relativa es del orden del 43% en el mes de julio y alcanza el 64%, en febrero la radiación solar promedio es bastante uniforme y oscila entre 4000 y 580 cal./cm2/día.

La presión barométrica de la región tiene un valor medio anual de 749,2 milibares, oscilando de 747,9 milibares en el mes de noviembre, hasta 750,0 milibares en el mes de mayo. La velocidad media anual de los vientos es de 2,0 nudos (3,74 Km/h), y una dirección predominante de norte a noroeste de la provincia Esteban Arze.

- Recursos no renovables

No existen recursos reservorios de minerales o petróleo. Sólo en las comunidades de Izata y Viscachani existen minas de plomo que no están en producción por falta de vías de acceso y baja ley del mineral. Es importante mencionar la existencia de caolín (material común dentro de los minerales no metálicos), utilizada en la fabricación de porcelana y azulejos cuya disponibilidad cuantificada alcanza aproximadamente 55.000 toneladas en los cerros de Monte Punta (Izata).

- Recursos forestales

No existen detalles acerca de los recursos forestales del Valle Alto, algunas zonas o comunidades zona apta para este fin. El DESEC esta trabajando en algunas comunidades en forestación mediante bosques de pino, eucaliptos y otras especies nativas como la kewiña, algarrobo, etc.

- Recursos ganaderos

Tiene potencial para desarrollar ganadería de tipo familiar mediante la crianza de ganado ovino, caprino, porcino, bovino y otros animales menores.

La crianza del ganado bovino tiene utilización en el proceso productivo agrícola como instrumento de trabajo para roturar la tierra. La crianza de ganado ovino es practicada para la obtención de la lana, materia prima que se utiliza en confección de tejidos. La crianza de porcinos se realiza familiarmente en pequeña escala igual que la crianza de gallinas.

- Recursos hídricos

Las principales fuentes de agua superficial son ríos, vertientes y pozos. Los habitantes, se proveen comúnmente de agua del río para satisfacer la demanda doméstica en uso de labores de cocina, lavado de ropa, consumo humano y de animales e higiene personal.

Existen muy pocas vertientes de agua en la zona, solo en Vilaque, Maica, tunas Mayu y Quellumayu; las comunidades que se abastecen de pozos excavados son: Villa San José,

Pampa Mamata y MéndezMamata. Es importante mencionar que la totalidad de las fuentes de agua pertenecen a la propia comunidad.

Los ríos de mayor importancia en el municipio son: el río Calicanto y el río Vilaque.

Agua

Sobre la contaminación del agua, no existen referencias que pueda indicarse pero, es importante señalar la perforación de pozos que en forma desmedida se viene

realizando no solo en el municipio de Tarata, sino a nivel regional (Valle Alto), produciéndose una sobreexplotación de las fuentes subterráneas acuíferas.

Comunicaciones y accesibilidad

El medio de comunicación preferido es el teléfono, ya que se cuenta con cabinas telefónicas de las diferentes empresas, como ser: Conteco Entel.

El transporte público se encarga de llevar a los usuarios hasta la ciudad de Cochabamba en un tiempo aproximado de 45 minutos con tarifas variables (desde 3.5 bolivianos hasta 4 bolivianos), estos servicios están disponibles desde la 6 de la mañana hasta las 19 horas, todos los días.

8.1.2.- Sistema Político.

La provincia Esteban Arce tiene como primera autoridad de la provincia al alcalde Ing. Emilio que cumple actividades normativas.

Dentro un nuevo escenario, los municipios han emergido como actores fundamentales para mejores opciones de desarrollo, como consecuencia de la municipalización del territorio. También se tienen otras instituciones que colaboran con el desarrollo como ser: el Distrito de Educación, un juzgado, registro civil y otras instituciones no gubernamental Aspecto organizativo.

Los orígenes de la organización sindical en este municipio se remonta a la época anterior de la Reforma Agraria, hasta ahora mantiene su unidad, reconociendo al sindicato Campesino como única organización representativa de las comunidades en todo el Valle Alto.

El rol actual de la organización sindical es el de resolver problemas referidos a tierras, animales y el cumplimiento de las obligaciones comunales con cada uno de los afiliados.

La población urbana del Municipio de Tarata, con hechos históricos, actividad económica, producción agrícola y otras actividades, conforman un potencial de desarrollo de este Municipio.

La población rural de Tarata son aquellas que teniendo mayor déficit en la provisión de servicios públicos, cuentan con menores recursos relativos para enfrentar déficit de cobertura en servicios de educación, salud e infraestructura básica. Las características generales en las zonas rurales muestran que además de la labor agrícola y pecuaria, todavía es importante la actividad artesanal, alfarería, tejidos, cohetería y producción de chicha.

8.1.3.- Institucional.

El Ministerio de Salud Y Deportes es el órgano rector y normativo de la gestión en salud en el ámbito nacional: formula estrategias, políticas, planes y programas nacionales, dictando las normas para el sistema Nacional de Salud.

El servicio Departamental de Salud es el articulador de las políticas nacionales y de la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de salud en el departamento y es el encargado de cumplir y hacer cumplir las políticas de salud y las normas de orden público en su juridicion territorial.

El gobierno Municipal es el responsable de ola administración de los establecimientos de salud y de las cuentas municipales de salud a través de los dilos y los comités locales de vigilancia.

El Centro de Salud Tarata forma parte de la RED XIII Estevan. Arce, ubicada en Cliza, juntos con otros servicios de salud que también forman parte de esta red, como: Anzaldo, Sacabamba, Arbieto, Cliza, Toco y Tolata

8.1.4.-Población.

La población total llega a una cifra aproximada de 9.482 habitantes

Población	Menor de	1 año	2 años	3 años	4 años	5 a 14	15 a 64	64 o mas

total	un año							
9.482	221	223	227	233	238	2299	5279	762

Fuente: proyecciones del SNIS-VE-NACIONAL

COCHABAMBA, 15 / FEBRERO/2012

8.1.5.- Cultural.

Los habitantes de este municipio hablan el quechua en un 98% y castellano 2%, perteneciendo los pobladores a la cultura quechua.

La mayor parte de la población profesa la religión católica, observándose en los últimos años alguna influencia de la religión evangélica y adventista.

Otra característica cultural con innegable valor son las fiestas, existiendo 24 festividades cívicas y religiosas comunes en el municipio de Tarata, la más importante es la Festividad de san Severino el Santo de las lluvias.

En este Municipio la educación formal se inicia después de la reforma agraria (1.953) con la promulgación del código de la educación boliviana (1.955), que se consolidó entre las comunidades campesinas.

En Tarata existen 32 unidades educativas distribuidas en 5 núcleos, los cuales son: Villa San José, Huerta Mayu, MéndezMamata, Izata y Tarata.

En el área rural del municipio se enseña solo el nivel de primaria, mientras que el área urbana o centro poblado, la instrucción es completa, quiere decir en sus tres niveles: inicial, primaria y secundaria.

Las unidades educativas son de carácter fiscal, existiendo también unidades particulares, ubicados en la zona sur del centro poblado.

Centro WawaWasi: En el municipio de Tarata, desde el año 2001 se viene ejecutando el programa de centros Wawawasi, a partir de la asignación de recursos por parte del Banco Mundial y que se encuentra administrado por el gobierno nacional; el programa es una forma de apoyo a los padres de familia que trabajan, dando educación y albergue a los niños, durante las horas de trabajo, además de darles alimentación y nutrición adecuada.

Educación técnica: La formación técnica en el municipio de Tarata, es ofertado por el Tecnológico Agropecuario Tarata, con las carreras de veterinaria, agropecuaria y técnico en alimentos; este servicio es administrado y supervisado por el Servicio de Educación y la H. Alcaldía de Tarata.

También se encuentra en este municipio el instituto superior de música.

La población provincial donde se encuentra el Municipio de Tarata, muestra una división por grupos etéreos, con una amplia base de población joven hasta los 14 años, una disminución importante en el grupo etáreo correspondiente a la población con mayor potencial productivo 20 a 25 años y una ligera alza de ancianos sobre todo mayores de 75 años.

La base económica de la subsistencia del poblador especialmente rural es la actividad artesanal, alfarería, tejido, cohetería, actividad agropecuaria y elaboración de la chicha.

Es una zona tradicionalmente productora de trigo, maíz, y papa en menor escala, cuya producción en pequeño excedente esta dirigido a la venta. Los precios para estos productos son bajos en extremo debido al carácter preponderantemente estacional de la agricultura y la tecnología que se emplea en la agricultura es tradicional con yunta de bueyes.

Los principales cultivos de la producción agrícola Tarateña son: Trigo, maíz, cebada, avena, Papa, oca, papa liza, Haba, arveja, tahuri, Cebolla, lechuga, rábano, la cayote, zapallo.

8. 2.1.-Geografía de municipio Anzaldo.

Anzaldo es la segunda sección municipal de la Provincia Esteban Arce, del Departamento de Cochabamba.

Está ubicado al Sud-Este de la Capital del Departamento, aproximadamente a 60 Km. Tiene una superficie aproximadamente de 542 km^2. Tiene una altura entre 2.000 y los 3.463 mts. Sobre el nivel del mar.

Ubicación Geográfica.

- Al **Norte** con el municipio de Cliza y con el municipio de Toco, ambos del departamento de Cochabamba.
- Al **Este** con el municipio de Sacabamba y con el municipio de Vila Vila, ambos del departamento de Cochabamba.
- Al **Sud-Este** con la provincia de Mizque del departamento de Cochabamba.
- Al **Sud** con el municipio de Toro Toro del departamento de Potosí
- Al **Oeste** con el municipio de Arampampa del departamento de Potosí.
- Al **Nor-Oeste** con el municipio de Tarata del departamento de Cochabamba.

El municipio de Anzaldo al momento de su creación en 1914 durante la presidencia de Don Ismael Montes, estaba dividida en tres Cantones: Anzaldo, Quiriria, y La Viña, tiene otra división a nivel Distrital, en la que cuenta con 6 Distritos entre las cuales se reparten 68 Comunidades además del Centro Poblado que es parte del Distrito 1.

8.2.2.- División política.

Anzaldo se encuentra dividida en tres cantones: **Anzaldo, La Viña y Quiriria.**

Se encuentra localizada entre los paralelos 17º 43´ de latitud Sur y 65º 53´ de longitud Este. Limita al Norte con el municipio de Cliza y con el municipio de Toco, ambos del Departamento de Cochabamba. Al Este con el municipio de Sacabamba y con el municipio de Vila Vila ambos del Departamento de Cochabamba. Al Sud Este con la Provincia Mizque del Departamento de Cochabamba, al Sud con el municipio de Toro Toro Departamento de Potosí, al Oeste con el municipio de Arampampa del Departamento de Potosí.

Clima.

Ideal, ni altas ni bajas temperaturas, de puna excepcional y sana. Una síntesis en miniatura de los diferentes climas, en sus partes intermedias templado en su parte más alta, frígida, en todas las laredas del río Caine, que sirve de límite con Potosí sub tropical con marcada intensidad se puede distinguir acentuadamente dos estaciones. Verano lluvioso, invierno seco.

Suelos.

El municipio tiene distintas variedades y calidad de suelos, estos se describen según la zona latitudinal agro-ecológica.

En síntesis en un 70 a 80%, es accidentado, existe degradación regular a fuerte en los suelos, la situación es más preocupante en los terrenos que se ubican en pendientes, debido a los procesos erosivos hídricos.

Geomorfología.

El bloque paleozoico afectado por movimientos técnicos bastantes fuertes, durante el ciclo orgánico andino, tiene estructuras montañosas de plegamientos complejos cortados transversalmente por ríos caracterizándose por serranías paralelas entre sí que coinciden con grandes lineamientos anticlinales alargados en muchos casos asimétricos.

Hidrológica.

Como vertiente principal tiene un río que nace en la serranía de WilaWila, denominado río Pachá, corre por la periferia Este del pueblo, de Sud a Norte, en el curso de su recorrido recibe aguas de algunos riachuelos o quebradas incrementando su caudal y hecha sus aguas al río de Siches comprensión de la Provincia de Cliza.

Flora.

En el territorio de Anzaldo, podemos observar distintas especies de plantas silvestres, entre las más comunes tenemos el algarrobo, el molle, el thago, la chacatia y el eucalipto principalmente. Estas especies se encuentran en la mayoría de las comunidades del municipio. La organización Jesús María, hace un importante trabajo para Anzaldo, a través de sus viveros y la dotación de plantínes y capacitación para la forestación. También existen los viveros y plantines de frutilla y durazno del anzaldino Antonio Delgadillo.

Fauna.

La fauna silvestre del Municipio tiene su variedad de especies en animales menores. Animales como: Comadreja, gato montés, Kita'oi, liebre, loro, paloma, perdiz, ratón, tordo, z

8.2.3.- Institucional.

El serviço departamental de saluda Cochabambacruenta com 13 coordenadores de Red. Desalud y el Centro de Salud Anzaldo forma parte de la RED XIII Esteban Arce, ubicada en Cliza, juntos con otros servicios de salud que también forman parte de esta red, como: Tarata, Sacabamba, Arbieto, Cliza, Toco y Tolata

La Red de Salud XIII ARZE JORDÁN, comprende 7 municipios: ANZALDO, ARBIETO, CLIZA, TARATA, TOCO y TOLATA, SACABAMBA

Cada municipio a su vez tiene sus servicios de salud, coordinando actualmente 34 Servicios de Salud respectivos como se indica a continuación:

- CLIZA: 4 servicios de salud
- TARATA :4 servicios de salud
- TOLATA :2 servicios de salud
- TOCO:4 servicios de salud
- ANZALDO :10 servicios de salud
- ARBIETO : 5 servicios de salud
- SACABAMBA: 4 servicios de salud

Contando con cada municipio a su vez al mando de un Director Médico, Médico de guardia, Interno de Medicina, Lic. Enfermería, Auxiliar de enfermería, Lic. Bioquímica y el DILOS como representante en su caso exista.

La Gerencia de Red XIII de ARZE JORDÁN coordina en forma directa con los DILOS de los 7 municipios respectivos y con el Director médico y Jefa de Enfermeras para la realización de actividades, funciones, problemas, análisis, información, coberturas, etc.

El DILOS (Directorio Local de Salud) es la entidad que representa la máxima autoridad del Sistema Nacional de Salud en el Ámbito Municipal.

En el Municipio de Anzaldo refiere a sus pacientes complicados a Punata, Unidad que atiende a todo el Valle Alto y que ha organizado la atención en salud para Anzaldo a través del Centro de Salud Anzaldo, que se encuentra caracterizado como un Hospital de primer nivel. El municipio también cuenta con el funcionamiento de 9 Postas sanitarias ubicadas en las comunidades de PUKARA, MOLLINI, CALALLUSTA, SAN ISIDRO, VILLA SAN JOSE, ALFAMAYU, LA VIÑA, THAGO K'ASA, PACCHAPATA LUX. El CENTRO DE SALUD ANZALDO se encuentra en el centro poblado de ANZALDO.

También se encuentra el Hospital de II° Nivel "Asociación Humanitaria Pietro Gamba".

8.2.4.-Población.

La población total llega a una cifra aproximada de 8.789 habitantes

Población total	Menor de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	5 a 14	15 a 64	64 o mas
8.789	205	206	211	216	221	2132	4892	706

Fuente: proyecciones del SNIS-VE-NACIONAL

COCHABAMBA, 15 / FEBRERO/2012

8.2.5.- Cultural.

Los habitantes de este municipio hablan el quechua y castellano la actividad económica de la población es, principalmente la agropecuaria, seguida por el comercio y otras menores como la artesanía y una gran mayoría se dedica al cultivo de sus tierras y sembradíos..

Los productos más relevantes son Papa, trigo, maíz y en la zona sub-tropical: cebada, maní, caña de azúcar, frutas guayaba, melones, sandías, limón. Esta producción está destinada al auto consumo familiar y el pequeño excedente está dirigido a la comercialización en las ferias que se realiza. Para las labores

agrícolas, como la preparación del suelo, siembra labores de cultivo y cosecha, se utiliza herramientas simples y la tracción animal.

La actividad pecuaria está basada en las siguientes especies: bovinos, vacuno, quina, porcina, avícola. La producción de carne, lana, queso y cuero de estas especies, es comercializada en las ferias locales.

La base de la alimentación del ganado es el pasto nativo y el forraje cultivado como la cebada, alfa alfa, para compensar la alimentación del ganado ovino es sometido a pastoreo permanente. En lo referente a la producción artesanal y los pequeños negocios estos son escasos y con poca influencia de clientes.

La comercialización se realiza en la misma feria local y en las vecinas el ganado es vendido generalmente en pie y gran parte de la población subsiste de los beneficios de su comercialización. Uno de los problemas de la comercialización es la existencia de los intermediarios, que adquieren a precios bajos los productos en esas ferias.

La educación en Anzaldo, está compuesta por 6 núcleos escolares que agrupan a 52 Unidades educativas, de las cuales 9 son unidades centrales y 43 Unidades Secciónales.

9.-OBJETIVOS.

9.1. Objetivo general.

Fortalecer el proceso de articulación de la medicina tradicional con la convencional en los Centros de Salud del municipio de Anzaldo y Tarata, Departamento de Cochabamba.

9.2. Objetivos específicos.

Implementar el uso de las plantas medicinales en la práctica convencional de la medicina.

10.-RESULTADOS ESPERADOS.

R. 1.- Personal de salud usan plantas medicinales

R.2. Implementado las plantas medicinales en la Farmacia Institucional Municipal

R.3 Médicos tradicionales están capacitados para el manejo efectivo de plantas medicinales.

11.- ACTIVIDADES.

Para R.1 Personal de salud usan plantas medicinales

A.1.1 Realizar talleres de capacitación al personal de salud en el manejo de plantas medicinales
A.1.2 Elaborar un vademécum de plantas medicinales locales.
A.1.3 Realizar talleres de metodología de la investigación
A.1.4 Realizar investigaciones locales sobre la efectividad de plantas medicinales.
A.1.5 Incluir en la historia clínica un espacio para indicaciones de plantas medicinales

R.2. Implementado las plantas medicinales en la Farmacia Institucional Municipal

A.2.1 Incluir en el POA Municipal presupuesto para compra de plantas medicinales.
A.2.2 Implementar espacios de almacenaje de plantas medicinales en la farmacia
A.2.3 Adaptar la gestión de las plantas medicinales para la dispensación en farmacia
A.2.4 Elaborar ficha de distribución del medicamento

A.2.5 Dotar de medicamentos tradicionales a las Farmacias Institucionales Municipales.

R.3 Médicos tradicionales están capacitados para el manejo efectivo de plantas

A.3.1 Realizar talleres de capacitación a médicos tradicionales en el manejo de plantas medicinales
A.3.2 Elaborar un vademécum de plantas medicinales locales para uso de médicos tradicionales.
A.3.3 Incluir en el registro de médicos tradicionales el uso plantas medicinales
A.3.4 Promover el uso de plantas medicinales en la comunidad.

12.-INDICADORES POR LA ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.

Para objetivo general.
A final del proyecto 5 parteras empericas y 10 médicos tradicionales están incluidos en los servicios de salud para la atención al final del proyecto.
Se ha carpetizado al 100% de la población para el seguimiento de su salud. Al final del proyecto
Para objetivo específico.
5% de los pacientes que acuden a los C.S. de Tarata y el C.S. Anzaldo reciben tratamiento con plantas medicinales al final del proyecto.

70% de los profesionales de salud de los C.S. de Tarata y Anzaldo prescriben plantas medicinales en su tratamiento al final del proyecto.
Para Resultados.
- 20 personas de salud han sido capacitados en uso de plantas medicinales al tercer mes del proyecto
- 2 farmacias cuentan con medicamentos tradicionales en su stock el C.S. Anzaldoy Tarata .
- 20 médicos tradicionales han sido capacitados en el uso de plantas al tercer mes del proyecto

Para Actividades.

Ver presupuesto

13.-FUENTE DE VERIFICACIÓN.

Para objetivo general.

Historias clínicas

Para objetivo específico.

Historia clínicas

Recetarios

Registro de la Farmacia Institucional Municipal

Para resultados.

Listas de asistencia a la capacitación

Certificados de participación

Fotografías.

Reportes de supervisión a las FIM

Inventarios

Planilla de asistencia

Para actividades.

Facturas

Cotizaciones

Acta de recepción y provisión.

Acta de Recepción definitiva.

Documento de inventario y de contrato.

14.- SUPUESTOS.

La política SAFCI esta fortalecida por las autoridades del SEDES.

Las autoridades locales fomentan la investigación en medicina tradicional.

El SEDES Departamental de Cochabamba promueve la capacitación del personal de salud en medicina tradicional.
El desembolso del presupuesto son oportunos para cada actividad.

15.-ANÁLISIS DE VIABILIDAD.

La política SAFCI, establece como responsabilidad a los ejecutores de la gestión y la atención medica la articulación con médicos tradicionales, convirtiéndose esta en una posibilidad politcia para el éxito de la propuesta.

Existe una evidente demanda de la población basado en sus tradiciones y constubres la incorporación de la medicina tradicional en y durante la atención medica en los establecimientos de salud formales, convirtiiendose se otra fortaleza de esta propuesta.

El proyecto es viable ya que si se realizara de acuerdo a lo programado y por las condiciones dadas en los establecimientos de salud.

16.-ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.

.

1.- Este proyecto es factible socialmente y su impacto sería de gran beneficio en la sociedad, mediante la concientización de la población y del personal de salud a la implementación del uso de plantas medicinales dentro del nuevo modelo de atención SAFCI.

2.- Este proyecto es factible culturalmente ya que se beneficiaran la población recuperando costumbres y creencias del uso de las plantas medicinales culturales.

3.- Este proyecto es Factibilidad, Económica, con financiamiento del Municipio, SEDES,OPS/OMS presupuestados en POA y que los beneficios a obtener son superiores a los costos.

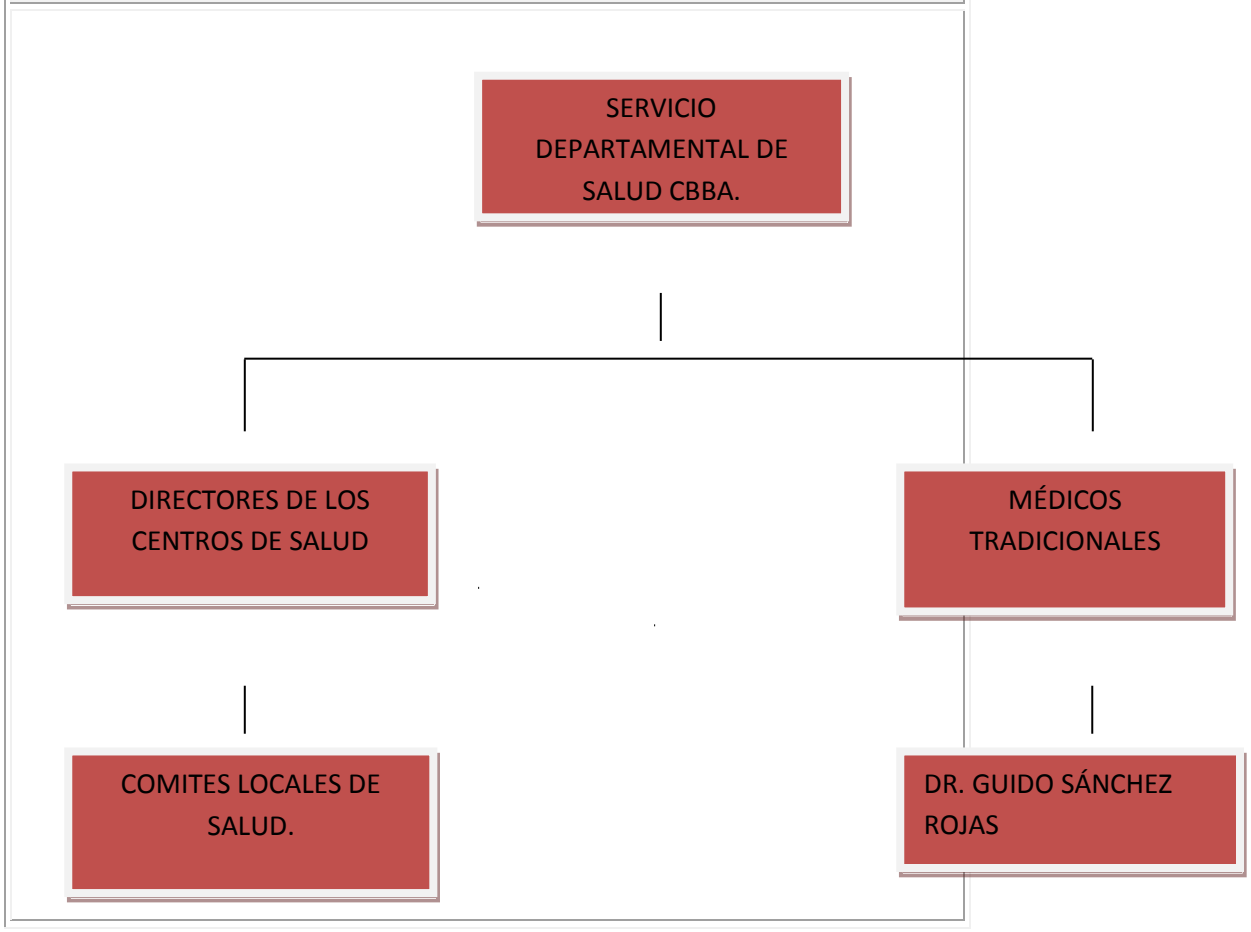
17.-ANÁLISIS DE SOSTENIBILIDAD DEL PROYECTO.

Este proyecto es sostenible ya que esta implementado dentro de las políticas de Salud del actual gobierno por lo que cada municipio debe respaldar el cumplimiento de la implementación.

La tendencia de nuestro país es profundizar la participación comunitaria y de los médicos tradicionales a nivel de la atención medica, esta circunstancia hace posible la continuidad de un proyecto como el presente.

Los costos del proyecto, son financiables no solo con la cooperación externa sino también como un acto mandatorio para los municipios y el SEDES departamental, en este sentido; será posible conseguir fondos para realizar un proceso de capacitación sostenida en diferentes ámbitos de la medicina tradicional.

17.1. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL PROYECTO



18.- IMPACTO ESPERADO DEL PROYECTO.

- Se crearán nuevas percepciones en la población de los municipios de Anzaldo y Totota, respecto de la utilidad y beneficios del uso de las plantas medicinales en la prevención y tratamiento de las enfermedades prevalentes.
- El personal de salud desarrollará acciones de promoción, prevención y tratamiento con un enfoque intercultural, aplicando medicamentos tradicionales.
- El personal de salud y los médicos tradicionales coordinarán en base al diálogo de conocimientos y saberes, acciones de atención conjunta, referencia y retorno con médicos de las naciones y pueblos indígena originario campesino, en base a la complementariedad.
- El proyecto no requiere de Evaluación del impacto ambiental, en base a Reglamento Prevención y Control Ambiental DECRETO SUPREMO Nº 26705 Art. 17: Actividades educativas.

19.- FUENTE DE FINANCIAMIENTO PARA EL PRESUPUESTO.

El presupuesto del proyecto tendrá un costo de 65.572 Bolivianos financiado por OPS/OMS , SEDES.

CITASBIBLIOGRAFICAS

---

[1].-Iinterculturalidad de saberes para la buena implementación de la medicina tradicional y la interculturalidad en los servicios de salud, primera edición agosto de 2009 pagina 13.

[2].-Interculturalidad de saberes para la buena implementación de la medicina tradicional y la interculturalidad en los servicios de salud,primera edición agosto de 2009 página 13

[3].- ConstituciónPolítica del Estado Boliviano, versión oficial aprobada por la Asamblea Constituyente 2007, compatibilizada en el Honorable Congreso Nacional 2008. La Paz Bolivia, página. 26

[4].-Curso de educación permanente en la política de la salud familiar comunitaria intercultural y el sistema único de salud La Paz-Bolivia 2012, Pag.290

[5].-Curso de educación permanente en la política de la salud familiar comunitaria intercultural y el sistema único de salud La Paz-Bolivia 2012, Pag.290

6 Servicios de Salud Araucaria IX Región. Ministerio de Salud de Chile. Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas. OPS-OMS. Saavedra Chile, 1996.

[7] Secretaria Nacional de Salud de México, Dirección General de Planeación y Desarrollo de Salud, “Interculturalidad en Salud”, Síntesis Ejecutiva, México, 2002.

8 Hernández Zinzún Gilberto. “La calidad de la Educación Médica en México, Principios básicos. Hacia la acreditación de Facultades y Escuelas de Medicina” Plaza y Valdés. Editores. Primera reimpresión, Julio 1998. México pp.14.