

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA-ENFERMERÍA-NUTRICIÓN TECNOLOGÍA MÉDICA

UNIDAD DE POST-GRADO

ESPECIALIDAD SALUD E INTERCULTURALIDAD



PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

**APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE SALUD INTERCULTURAL
EN LOS SERVICIOS DE PRIMER NIVEL
RED 01 TRINIDAD 2013
SEDES BENI**

POSTULANTE

GLORIA OMONTE FERRUFINO

TUTOR

DR. CARLOS TAMAYO CABALLERO

SAN JULIAN -SANTA CRUZ- BOLIVIA

2013

AGRADECIMIENTOS

A las Autoridades de la Universidad Mayor de San Andrés
que una vez más iluminan mi vida.

A las Autoridades y personal de la
Unidad de Post-Grado de la Facultad de Medicina-
Enfermería-Nutrición y Tecnología Médica

A la cooperación Belga
que hizo posible este curso y otros más.

A la Dra. Nila Heredia,
luchadora incansable de la salud pública,
de los derechos humanos y
derechos de los pueblos.
Gracias por su ejemplo y sabiduría.

Al Dr. Carlos Tamayo que en momentos de
flaqueza nos animó a levantarnos y seguir.
Por su ejemplo de científicidad y perseverancia.

A todos y todas las docentes de este
maravilloso curso, que nos ayudaron a
ver nuestra Patria con ojos diferentes
y sentirnos parte de nuestro pueblo

A las autoridades de la Universidad Autónoma del
Beni y la Carrera de Enfermería
por apoyar esta formación que sin duda beneficia a
nuestros estudiantes.

Al Dr. Florencio Hoyos Rosas y
Med. Trad. Sr. Alfonso Guagama Saravia
Del SEDES Beni, por su apoyo incondicional.

DEDICATORIA

A mi padre Eusebio (+) y mi madre Cristina
ejemplos de vida,
Hermanos y hermanas en quienes
deposito mis penas y alegrías.

A mis hijos Ariel y Sache Tume
Mis hijas: Arakuji Raymi y YoruMotnai Alba
Mis nietas y nieto.
Para que encuentren en este trabajo
Un sentido de la vida de nuestros pueblos.

A las 36 nacionalidades de nuestro
Estado Plurinacional
Sobre todo a los de tierras bajas
que me acogen en su territorio
y me permiten valorar la Madre Tierra.

INDICE GENERAL

	Pág.
Paginas Preliminares	
i. Agradecimientos	
ii. Dedicatoria	
iii. Índice general	
iv. índice de cuadros, organigramas	
v. Índice de anexos	
1. Introducción	1
2. Antecedentes	2
2.1 Tradiciones y costumbres de los pueblos	2
2.2 Medicina tradicional	4
2.3 Medicina moderna, biológica o convencional	17
2.4 Interculturalidad en salud	20
2.5 Articulación medicina moderna y tradicional-	22
2.6 Armonización de la medicina indígena tradicional y la medicina biológica	
24	
2.7 Avances legales y normativas sobre salud e interculturalidad en Bolivia	
30	
2.8 Situación de la medicina tradicional e interculturalidad Beni	
45	
3. Análisis del problema a intervenir	49
4. Diseño y selección de técnica e instrumentos y fuentes de información	
51	
4.1 Tipo de estudio	51
4.2 La técnica	51
4.3 Instrumentos	52
5. Relación del proyecto de intervención con lineamientos de la política pública	
52	
6- Justificación del proyecto.	55
7. Análisis de actores involucrados	55
8. Contexto o lugar de Intervención	57

8.1 Geográfica	57
8.2 Institucional	57
8.3 Poblacional	59
8.4 Cultural	59
9. Objetivos	60
9.1 Objetivo General	60
9.2 Objetivos Específicos	60
10. Resultados esperados	60
11. Actividades	60
12. Indicadores por la estructura de objetivos	
61	
13. Fuente de verificación	61
14. Supuestos	61
15. Análisis de Viabilidad	
62	
16. Análisis de Factibilidad	62
17. Análisis de Sostenibilidad del proyecto	63
18. Impacto esperado del proyecto	63
19. Fuente de financiamiento	63
20. Bibliografía	64
21. Anexos	67

INDICE DE CUADROS, ORGANIGRAMAS

	Pag.	
Cuadro no. 1 <i>Algunas medicinas tradicionales del pueblo tsimane</i>	17	
Cuadro no. 2 Comparación: cualidades medicina científica y medicina Indígena	22	
Organigrama no.1 Estructura ministerio de salud y deportes		38
Organigrama no. 2 Organigrama aprobado por el consejo técnico sedes Beni	46	
Cuadro no. 3 Análisis de actores involucrados	56	
Cuadro no. 4 Análisis de involucramiento de los actores	56	
Cuadro no. 5 Estructura redes municipales de salud sedes Beni		58
Cuadro no. 6 Red de salud 01 trinidad sedes Beni		58
Cuadro no. 7 Centros de salud red 01 trinidad sedes Beni Participantes del enfoque intercultural	59	
Cuadro no. 8 Mapa étnico departamento Beni	60	

INDICE DE ANEXOS

- 21.1 Árbol De Problemas
- 21.2 Árbol De Objetivos
- 21.3 Cuadro De Análisis De Alternativas
- 21.4 Mapas de Ubicación del Proyecto
- 21.5 Cuadro De Valoración De Alternativas Parte 1
- 21.6 Cuadro De Valoración De Alternativas Parte 2
- 21.7 Matriz De Planificación Del Marco Lógico
- 21.8 Plan De Ejecución Del Proyecto
- 21.9 Sistema De Monitoreo Y Evaluación Del Proyecto
- 21.10 Presupuesto
- 21.11 Cronograma

**PROPUESTA DE INTERVENCION
APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE SALUD INTERCULTURAL
EN LOS SERVICIOS DE PRIMER NIVEL
RED 01 TRINIDAD 2013-- SEDES BENI**

3. INTRODUCCIÓN

La organización Mundial de la Salud ha tenido en sus postulados desde los años 70 la necesidad de reconocer y articular las medicinas moderna y tradicional, es así que los países como Cuba, India y otros países han dado avances significativos, expresados en la inclusión de las practicas medicinales como acupuntura, masajes y uso de la herbolaria en los servicios de salud.

Bolivia ha tomado la decisión de incorporar la interculturalidad en salud a partir del nuevo enfoque de País, como es la plurinacionalidad que reconoce a los pueblos con todos sus saberes, en todos los ámbitos a partir de lo establecido en la Constitución Política del Estado y básicamente en la estructura del Ministerio de Salud a través del establecimiento del Vice Ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad.

Es así que la presente propuesta de intervención deriva de la necesidad de aplicar el principio de interculturalidad en el sistema de salud, donde las medicinas tradicional y académica se articulan para atender con mayor calidad, calidez, empatía y pertinencia a la población.

La vigencia del modelo SAFCI con el principio de interculturalidad son elementos que si bien están establecidos, aún hay un camino largo por recorrer, dado que hay una evidente y reconocida separación de conocimientos y prácticas entre medicina tradicional y moderna, debido a concepciones individuales y colectivas que serán difíciles de superar.

La ciencia moderna ha hegemonizado el ámbito de la salud, dejando de lado los conocimientos ancestrales que los pueblos poseen; sumado a la actitud del personal de salud expresada en rechazo a la práctica de la medicina tradicional.

Por otro lado los médicos tradicionales conscientes de su valor no han expresado interés en este acercamiento que pese a las normas escritas, como reflejo de la desconfianza del mundo moderno que por años no ha valorado su existencia.

Es así que no es casual que en la red 01 de la ciudad de Trinidad no se tenga experiencias de interculturalidad, situación que hace necesaria la presente propuesta que plantea la aplicación del enfoque intercultural en los servicios de la Red 01 del SEDES Beni en coherencia con la propuesta del Modelo de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI)

4. Antecedentes

La salud y la enfermedad son procesos que reciben tratamientos según el enfoque que se tenga de ellos, es así que los servicios de salud tienen en su forma y métodos diferencias con la forma y métodos de la medicina de los pueblos: medicina no académica, tradicional o convencional.

Es importante analizar las características de las concepciones de la salud -enfermedad de los pueblos, a partir del conocimiento y comprensión de las tradiciones y costumbres de los pueblos:

4.1 Tradiciones y costumbres de los pueblos

Los pueblos independientemente de su origen, han generado conocimientos no solo para su subsistencia diaria de comer, cultivar, sino también la forma de organizarse, de vivir, construir, pero sobre todo de curarse o protegerse las de las dolencias.

“A lo largo de la historia, desde épocas remotas el ser humano ha tratado de dar cobertura y solución a las diversas necesidades sanitarias, derivadas de la aparición de enfermedades y malestares psíquicos y físicos negativos para la salud, siempre desde perspectivas que han atendido especialmente a sus creencias, tradiciones ritos y especificidades culturales”¹

Bolivia país multicultural y multiétnico resulta ser el producto de su diversidad y sus construcciones culturales, existen grupos de población con diferentes concepciones de salud y enfermedad, cosmovisiones diversas de la vida y la muerte y la forma de cómo abordar sus propios problemas, sobre la salud, enfermedad, la vida y la muerte que se traduce en formas concretas para cuidar su salud y

1)Ibarra Grasso Dick Pueblos Indígenas de Bolivia Ed Juventud La Paz 2da Edic. 1997

prevenir la enfermedad, restituir la salud, aliviar o mitigar el dolor y enfrentar la muerte.²

“Es así que los tacanas cavineños, o toromonas (más salvajes) de la zona norte La Paz, Beni y Pando (unos 3000 en cantidad (Pag 212) Base a textos de D’ Orbigny, son agricultores, cazadores y pescadores se adornan con tejidos de plumas con matices agradables, se hallan desnudos y para bailar usan plumas, otros llevan camisa de lana de mangas cortas, hasta las rodillas, las mujeres a con brazalete en las muñecas y la parte superior del codo, o mismo brazalete en el tobillo y sobre la rodilla, o camisa sin mangas de las misiones, con adornos en el cuello, llevan pies desnudos³

“Se les llama también chamas (orillas del río Beni), con flecha como yuracaré, semi desnudos, consideran que el CAGUÁ (tierra que habitan) es la consagración de extraña del Gran yussú (DIOS TACANA), iluminado por el Iratí: sol, batid: luna, atujais: estrellas CAVINAS: misión Cavinás cerca de la desembocadura del río Madidi en el río Beni traje tipoya con de corteza pintada, les gusta adornos, tatuajes negro y azul en la cara, les gusta los perfumes llevan hojas y hierbas en el cuello, cultivan maíz y arroz, grandes alfareros, creen en los demonios en forma de animales de toda clase: cuando alguien se muere cierran la puerta de la casa y abren otra para que los espíritus no encuentren la entrada para perturbar la tranquilidad. Creen en el poder de la cruz sobre los muertos, muy serios no exteriorizan sus emociones...⁴

Los pueblos indígenas de la Amazonía boliviana tienen sus propias creencias, concepciones y percepciones sociales y culturales para definir o reconocer la enfermedad por lo que la percepción sobre una buena o mala salud e incluso sobre la muerte son culturalmente construidas. De la misma manera los pueblos

2) Tamayo Caballero, Interculturalidad, Una Perspectiva Cualitativa. Tarija 2011

3) Gerardo Fernández Juárez La Diversidad Frente Al Espejo. Salud Interculturalidad Y Contexto Migratorio.edic. Abya Yala. Quito Ecuador 2008

4) Ibarra Grasso Dick Pueblos Indígenas de Bolivia Ed Juventud La Paz 2da Edic. 1997

amazónicos también han desarrollado sus propios conocimientos y técnicas con el fin de restablecer la salud.

Dado que la salud al igual que la enfermedad no son fenómenos determinados únicamente por factores de tipo biológico sino que también están estrechamente vinculadas a los aspectos culturales, sociales, económicos y medio ambientales de la sociedad a la que pertenecen los individuos y los grupos sociales, la salud de los pueblos indígenas de la Amazonía Boliviana es el resultado de la interacción de los determinantes culturales, sociales y medioambientales que caracterizan las condiciones de vida de cada uno de estos grupos humanos.

Por otro lado las concepciones sobre salud y enfermedad de los indígenas amazónicos están determinadas por las relaciones del individuo y de la población con la sociedad y su medio. Es decir, los determinantes de la salud también determinan las concepciones y las percepciones de los individuos y de las comunidades indígenas sobre lo que es la salud y lo que es la enfermedad.

Los pueblos indígenas de la Amazonía boliviana tienen sus propias creencias, concepciones y percepciones sociales y culturales para definir o reconocer la enfermedad por lo que la percepción sobre una buena o mala salud e incluso sobre la muerte son culturalmente construidas, de tal modo que han desarrollado sus propios conocimientos y técnicas con el fin de restablecer la salud.

Así también para la atención de su propia salud los indígenas recurren a la medicina tradicional que es una práctica milenaria que es utilizada por chamanes o curanderos locales poseedores de saberes y prácticas terapéuticas basadas en el uso de plantas medicinales y métodos mágicos.

4.2 Medicina tradicional

Las concepciones de la medicina tradicional han sufrido una serie de variantes y sobre todo depende del enfoque o alcances que se quiera dar, es así que se tiene algunas definiciones y características:

Desde la definición de la lengua española, la medicina tradicional, se refiere al conjunto de conocimientos teórico – prácticos que posee toda una cultura o determinadas personas, dentro una sociedad, que son aplicados para la prevención, tratamiento de las enfermedades o conservación de la salud.

Para Markus Müller e Innocent Balagizi⁵, la medicina tradicional, es un asunto complicado, ya que no hay sólo una definición, hay sin embargo, una variedad enorme de métodos para tratar las enfermedades. Estos métodos están basados en experiencias personales o en conocimiento compartido por muchas generaciones.

Aunque hubiera cierta evidencia buena basada en la investigación científica de la efectividad de las medicinas tradicionales, la gente usa métodos tradicionales principalmente debido a su propia experiencia basada en sus propias observaciones. Esto es, de hecho, el único rasgo común de todos los diferentes métodos de tratamiento de las enfermedades que llamamos medicina tradicional.

1) Tipos de medicina tradicional

Para facilitar la comprensión de este estudio Müller, plantea útil dividir la medicina tradicional en tres grupos distintos:

a) **Medicina popular:** *que se da desde la niñez porque la gente usa plantas medicinales para tratar la mala salud y las enfermedades, a menudo con gran efectividad. En la RD del Congo oriental, las madres de la tribu de Bashi, por ejemplo, dan a beber dos o tres gotas de hojas estrujadas de Tetrademiariparia a sus bebés en los casos de calambres abdominales. Para tratar la fiebre, la gente busca hojas del árbol Vernonia amygdalina (normalmente conocido como 'hojas amargas') y para tratar las lombrices intestinales, se usan las hojas de la pequeña hierba Celosiatrigyna.*

5) Markus Müller y Innocent Balagizi, Medicina tradicional y moderna: la necesidad de cooperación

Markus Müller es un doctor en medicina y trabajó durante muchos años en la RD del Congo. Ahora está basado en el German Institute of Medical Mission (Instituto Alemán de Misión Médica), PO Box 1307, D-72003 Tübingen, Alemania.

Innocent Balagizi es un biólogo que trabaja en Bukavu, la RD del Congo, con especial énfasis en las plantas medicinales tradicionales. Su dirección es BP 388, Cyanguu, Ruanda.

Hay dos cosas en común en estos tratamientos: Son proporcionados y usados por los pacientes o los miembros de su familia; son gratuitos, se intercambian observaciones sobre el uso de estas plantas libremente entre las familias y no hay ningún secreto sobre su uso y algunas plantas medicinales también se usan como alimento, otras sólo se usan medicinalmente.

b) Las medicinas de los curanderos tradicionales *Para los problemas de salud especiales que son difíciles de tratar, los pacientes buscan ayuda de la gente que practica la medicina moderna o tradicional.*

Los curanderos tradicionales son a menudo especialistas. Pueden encontrarse parteros tradicionales en casi todos los pueblos. Otros curanderos tradicionales son los compondores de huesos o especialistas en enfermedades mentales o crónicas. A menudo el trabajo de los curanderos no se limita a los problemas de salud físicos. Problemas sociales y religiosos como los conflictos entre la gente o conflictos entre el hombre y los demonios o dioses se ven a menudo como la causa de enfermedades y por lo tanto el tratamiento implica procedimientos religiosos o sociales.

Contrariamente a la medicina popular, los procedimientos de tratamiento de los curanderos son confidenciales y no pueden discutirse abiertamente. Sólo pueden transferirse de generación en generación dentro de la familia del curandero y los curanderos deben recibir pago por su trabajo. El precio del tratamiento depende a menudo de la condición social del paciente. El pago se hace a menudo con mercancías como pollos o cabras.

c) Sistemas conceptuales de medicina tradicional: *Hay también sistemas holísticos de medicina tradicional que no sólo están basados en conocimiento basado en la observación, sino también en teorías bien documentadas sobre las causas de la mala salud. Ayurveda en la India, los unani en los países árabes o la medicina tradicional china son ejemplos importantes de tales sistemas.*

Cualquiera sea la clasificación, en general la medicina popular y tradicional son transmitidos de generación en generación, existiendo desde tiempos muy remotos,

se puede decir que surgió con el mismo hombre, antes que la ciencia se ocupara del tratamiento de las enfermedades.

Como cualquier rama, este tipo de medicina trae consigo ventajas y desventajas; contándose entre sus ventajas la fácil accesibilidad para todos los pobladores, por encontrarse ahí entre ellos, en medio de su cultura, liberándose así de los obstáculos con los que tropieza la medicina occidental.

La medicina tradicional pretende dar atención integral, ocupándose no solo de la enfermedad en sí misma, sino también de las relaciones de los hombres con la naturaleza, con los dioses o con las otras personas que los rodean; así mismo se preocupa del estado psíquico tanto del paciente como de la familia.

El sistema de atención de parte del médico tradicional es más bien amistoso y sincero, otra ventaja para la elección de esta medicina es el factor monetario, es claro que los altos costos de atención de la medicina moderna se dan no solo por el pago a la atención médica misma, sino además a los gastos por uso de insumos como medicamentos.

Las desventajas se dan sobre todo por los métodos usados, que en muchos casos no van de acuerdo a las normas higiénicas sanitarias, o poco científicas ⁶

Frecuentemente el lavado de manos que es norma sanitaria para atender a los enfermos no es tomada en cuenta, el tratamiento no cuenta con estándares que permita a otra persona aplicar uno u otro tratamiento con exactitud, esto significa que no existen dosis exactas en la preparación de los productos medicamentosos que tienen como base principalmente las plantas, pero también se usa elementos humanos, animales y minerales.

También se da en caso que puedan surgir “falsos curanderos”, quienes con palabras hábiles pretenden engañar a la comunidad motivados por un interés personal. Los conocimientos y tipos de práctica tradicional dependen del tipo de cultura y la concepción que se tenga de la enfermedad.

Así por ejemplo en los pueblos Indúes: las culturas del Ayurveda, Unani, Siddha y yoga toman en cuenta que el hombre está compuesto de tres humores que son: aire, bilis y mucosa, los cuales si entran en desarmonía causan enfermedad, por

6) Dr. A. Villarroel, Exposición Curso Maestría en Salud Pública Trinidad Beni noviembre 2011

ello tratan de buscar equilibrio entre estos humores, el cuerpo, espíritu, mente y apetitos individuales.

En la cultura China aún conservan los códigos sobre la acupuntura y la moxibustión (la primera consiste en la introducción de agujas pequeñas en puntos de afección y la segunda consiste en la aplicación de cenizas de hojas secas de moxa artemisia vulgaria aplicación en puntos específicos, produciendo calor terapéutico, pudiendo también ser mezclada con ajo, sal y/o jengibre.

En África se puede apreciar la variedad de rituales y una serie de mezclas que utilizan ya sea para curar la enfermedad o prevenir ahuyentando los espíritus protectores de la enfermedad.

En Latino América están las múltiples culturas empezando por la quechua aymara que conciben a la salud como un estado “normal” con actividades rítmicas fácilmente realizables. Poseen ciertas “actitudes mágico religiosas” que les conservan en un estado de normalidad.

La enfermedad es considerada como una voluntad divina manifestada a través de los males es producido por demiurgos o seres superiores que provienen del espacio hostil o de la Pachamama (Madre Tierra) que puede o no dañar al ajayu (espíritu) siendo por esto que ellos “diagnostican la enfermedad de acuerdo a la causa anímica, mágica u otro.”⁷

Entre los diferentes demiurgos que se consideran están: Pachamama, Pujru (manantial), Ayaju (espíritu), Paqoma (que se presenta en forma de perro negro durante las fiestas orgiásticas, especialmente en carnavales, Tiuu (Dios de las minas), Egeqo (dios de la abundancia), Kharisiri (Ladrón de grasa humana), Supay o supaya (Diablo) Mara (insecto o polen del bosque), Wayra (viento), Qoayqe (nube o vapor de agua), ríos, lagunas, montes, árboles y así existen innumerables dioses o demiurgos clasificados como benignos o malignos⁸,

7) Federico Aguiló. Enfermedad y Salud según la concepción Aymara Quechua (Sucre: Biblioteca Nacional de Bolivia 1982.

8) David Frisancho Pineda. Medicina Indígena y popular. (Lima: Juan Mejía Boce, 1978)

La enfermedad concebida como una voluntad divina, actuación directa o indirecta de un ser superior, es la enfermedad mítica o mágica⁹. En tanto que la enfermedad natural es aquella causada por daño a las estructuras físicas del cuerpo o sea sin la intervención del ajayu, generalmente por causas externas¹⁰.

Otro tipo de enfermedad es la producida por la pérdida del ajayu y / o entrada de un demiurgo al cuerpo, la primera es considerada también como enfermedad fría y la segunda como caliente.

Las más graves requieren la participación de un médico especialista como los yatiri son las enfermedades frías y míticas

Existe otra clasificación de las enfermedades según la causa: producidas por los agentes naturales como frío, calor, etc. Los agentes sobrenaturales como el susto, por ciertos estados del sujeto como enojo, cólera, ira, sobre salto, etc., por causa desconocida, brujería, por ciertos animales, fenómenos atmosféricos: arco iris, rayo, etc., o la propia naturaleza, monte – arboles. – tierra.

Bannerman clasifica a los médicos tradicionales en cuatro tipos¹¹:

- 1) *Personas con amplia formación en sistemas modernos y tradicionales de la medicina.*
- 2) *Amplios conocimientos en el aspecto tradicional y escasos en el campo de la medicina moderna*
- 3) *Sin formación oficial pero con diplomas de cursos por correspondencia*
- 4) *Conocimientos teórico prácticos, adquiridos por la experiencia aquí se encuentran los curanderos, parteras empíricas y otros.*

Si las enfermedades son sencillas, puede ser tratada por la misma población, madres, padres o familiares, quienes poseen los conocimientos adquiridos de sus ancestros muchas veces por medio de la tradición oral. En general se utilizan elementos de la naturaleza como hierbas, elementos animales y algunos ritos.

9) Luis Bosto jirón. Salud Enfermedad en el Campesino Peruano (Lima: Universidad de San Marcos, Facultad de Letras. 1975.

10) Aguiló. Enfermedad y Salud según la concepción Aymaro 1982

11) R. H Bannerman "Medicina Tradicional en la Moderna Atención de Salud" Foro Mundial de la Salud III. 1982

Las enfermedades graves como las frías y míticas requieren de tratamientos especiales con elementos mágicos o ritualistas que son realizados por ministros especializados como: curandero, yatiri, brujo, milluri, aysiri, qolliri, huesero, chamanes, hechiceros y otros.

2) **Métodos de aplicación en la medicina tradicional:** En la cultura oriental la base de los tratamientos es la relajación, masajes, acupuntura, exorcismos, ritos mágicos y otros.

Las culturas de los pueblos de América o Abya Yala, tienen como base la sugestión, que exige una plena confianza en el curandero, los remedios y en la magia con ritos ceremoniosos. Los curanderos aplican los métodos de curación aprendidos y transmitidos por generaciones pasadas en base a la experiencia, debiendo tener conexión secreta con los poderes mágicos y sobre naturales, puesto que la gente al desconocer la etiología de las enfermedades le atribuye a ciertos poderes mágicos o divinos, por lo que acude ante personas conocedoras de estos poderes para que puedan ser liberados de ellos¹².

Según Federico Sal y Rosas, “la terapéutica indígena es predominantemente mágica y sólo accesoriamente empírica, podría decirse en términos médicos que sobre todo es etiológica y patogénica”¹³

a) Entre los **métodos de diagnóstico** están:

- Los medios de adivinación, que se realiza por medio de varios elementos como coca, araña, sueños, caracoles, tabaco, etc.
- Poseen un tipo de “rayos X” tradicional, el cual consiste en pasar un animal determinado (puede ser el conejo) sobre el cuerpo de la persona, sin tocar el cuerpo, deteniéndose unos minutos en las diferentes partes, posterior a esto se mata al animal evitando dañar sus vísceras y demás tejidos corporales. Se extrae con sumo cuidado estas estructuras orgánicas según el estado se

¹²) Ana Biro de Stern, Medicina de la puna Jujeña. (Santa Fe, s. e . 1975)

¹³) Federico sal y Rosas. Mitología Médica y Prácticas Médicas. (Quito: s.e. 1966)

diagnosticará la enfermedad. Si las vísceras tienen color amarillo se dirá que al enfermedad es el “susto”, todo esto dentro un marco mágico – ritualista.

- En tierras bajas el diagnóstico suele ser en base al tabaco, la persona fuma un cigarro y el humo es expelido sobre el cuerpo de la persona enferma, según el color de la colilla de cigarro o el color del humo se puede saber si es una enfermedad grave o no, si es negro hay que seguir fumando hasta que aclare el humo y el color de la colilla, al mismo tiempo que es diagnóstico es tratamiento.
- A nivel de las tierras costeras las “caracoleras” miran la suerte y diagnostican las enfermedades lanzando los caracoles similares a la hoja de coca o las cartas y “leen” su significado, para indicar los tratamientos.

b) Entre los métodos de tratamiento están:

Los baños y lavajes, que lo realizan con agua pura o agregados medicinales, como hierbas, animales, tierra y /o minerales.

Embadurnamiento o embarramiento del cuerpo entero o determinadas partes afectadas, igualmente con elementos vegetales, minerales, animales o utilizando barro fétido en estado de putrefacción, tierras determinadas con o sin agregados.

Frotamiento o sobamiento vigoroso o pasivo con elementos medicinales de acuerdo a la enfermedad.

Emplastos o cataplasmas a base de tierras, animales, hierbas medicinales usados mayormente en edemas o hinchazones y otras afecciones que según ellos incluyen el humor corporal.

Ventosas, que consiste en la extracción de humores o tumores malignos por medio de la aplicación de un recipiente hueco a la zona afectada, el cual va absorbiendo estos males. Las ventosas pueden ser húmedas o secas. Es húmeda si el recipiente contiene líquidos y es seca si el recipiente está vacío.

Gargarismos o enjuagues de la garganta son preparados específicos para las enfermedades, con elementos determinados. Bebidas, tizanas, son

también preparados de formas especiales a base de hierbas para la ingestión de estos con propósitos curativos.

Tras sudaciones, que consisten en la aplicación de baños, frotamientos o cataplasmas para luego arropar bien al enfermo favoreciendo la sudoración con la creencia que eliminará la enfermedad a través de ella.

Succión del área lesionada, especialmente de golpes, se debe a la creencia que se saca el mal, luego se escupe para eliminarla definitivamente

Se conoce también que se practicaban el tratamiento quirúrgico para la reparación de fracturas, extracción de tumores o humores, utilizando ciertas hierbas anestésicas, analgésicas y/o hemostáticas. El. La coca que es usado como anestésico. Al principio y al final del acto quirúrgico se siguen ciertos rituales mágicos – religiosos, los cuales ponen de manifiesto la relación dios – hombre¹⁴ .

La realización de rituales en un enfoque mágico ritualistas, que se basa en ceremonias costumbristas, con carácter curativo de enfermedades, productoras o preventivas de estos males.

En los ritos curativos se trata de expulsar el demiurgo causante de las enfermedades o se busca la reconciliación para aplacar el castigo y/o recuperar el ajayu perdido. Estos rituales pueden ser denominados mayores o menores de acuerdo al grado de ceremoniosidad y condiciones exigidas para el rito (lugar, tiempo, ministro, materiales, etc.)

Los días, colores y elementos específicos tienen gran significación dentro de los rituales. El color blanco es positivo, el negro es algo negativo, sin embargo también se usa para combatir el mismo mal. Entre los días: los lunes, martes y viernes son nefastos, pero por otro lado lunes es un día propicio para realizar ritos curativos, martes y viernes para realizar ritos que previenen maldiciones. Miércoles, jueves y sábados son días fastos o felices. Los lunes y sábados son especiales para dar ofrendas a la Pachamama.

¹⁴) Federico sal y Rosas. Mitología Médica y Prácticas Médicas. (Quito: s.e. 1966)

c) Los medicamentos empleados¹⁵:

La medicina tradicional emplea sobre todo elementos de la naturaleza, ya sean estos **animales, vegetales, minerales y/ o elementos humanos**. El indígena considera la naturaleza como un don de la Madre Tierra (Pachamama) , por ello es que cualquier curación que realice con algunos de los elementos requeridos específicamente para tal efecto, lo hace dentro de un marco ritual que considera necesario para la curación. Los ritos van desde el simple hecho de recoger una hierba o cazar un animal que realizó con oraciones, invocaciones, etc. Hasta los rituales más importantes durante el curso mismo del tratamiento curativo.

Los **elementos animales** tienen atribuciones mágicas y terapéuticas se utiliza según sus partes:

Leche: de burra, perra y de otros animales; grasa o aceite: de peces como la raya, el caimán, la serpiente, tigre y muchos otros. Fetos: de llama, oveja, de gallina en forma de huevo, larvas de animales. Sangre: de gallina negra, de gato negro, conejo, murciélago y otros. Huevos de toda especie, serpientes, piyu, hormiga, gallinas negras, patos negros. Pelos: de perro negro, conejo gris, zorro y otros. Lana blanca, negra o sucia o según el caso especialmente de oveja o llama. Corazón de oveja negra, de gallina, de sapo y otras especies. Otras partes viscerales como churiqui (molleja) de piyu, (secado y molido). Nariz de zorro, vaca, perro y de alguna otra especie. Cueros de vaca, oveja y algo más. Medula ósea de extremidades de los animales, como el piyu y otros. Cuernos de vaca- toro, venado en especial. Caparazón de tortuga o tataruga.

La forma de utilizar los elementos animales es también a través de ritos.

Los minerales usados en forma natural o modificados son entre otros: tierra, barro negro, fresco o podrido, sillu o qollpa, ceniza, hollín, piedra redonda especialmente de cerca de los críos, ladrillo caliente, sal engrano, polvo de sitios especiales, agua bendita, plata, cobre, oro, barro seco ej. nido de ave.

Entre los **elementos humanos** que se usan como forma de tratamiento son: la orina fresca o podrida, pertenencias del enfermo como ropas, utensilios, saliva, huesos de difuntos, uñas, pelos y otros.

¹⁵) Omonte Gloria. Medidas Tradicional en el Tratamiento de las enfermedades infantiles (cultura quechua) Tesis de Grado. Carrera de Enfermería UCB Facultad de Enfermería Elizabeth Seton Cbba. 1984

Los **elementos vegetales o plantas** son los más usados e innumerables, depende de la región y de la variedad de plantas y riqueza floral que existe en la zona.

La forma de utilizar los vegetales son:

- *Infusión: que se obtiene de agregar agua hervida, muy caliente sobre la planta o hierba desmenuzada (fresca o seca) en un recipiente, dejándolo reposar por más de 10 minutos. La cocción de las partes duras de la planta por un minuto aproximadamente, luego se deja reposar y se toma el agua que queda.*
- *Maceración: que consiste en dejar reposar la planta por 12 horas o más.*
- *Jugos: que es obtenido del machacamiento de la fruta o planta, también por extracción directa. Esta forma aparte de tener un gran valor nutritivo, es altamente eficaz en el tratamiento de enfermedades.*
- *Crudas: en ensaladas, son más nutritivas y con mayor efecto nutritivo*
- *Jarabe: Que es el resultado de la mezcla del vegetal con miel.*
- *Aceites: obtenido de la mezcla de aceite vegetal con la planta dejándolo reposar al sol por lo menos 10 a 20 días o calentado en el fuego por varios minutos, hasta obtener extracto de la planta en el aceite.*

Los preparados pueden ser simples de un solo vegetal o combinados.

Los elementos utilizados y la forma de utilizarlos dependen del pueblo, su modo de vida, su cosmovisión y las concepciones sobre la salud y enfermedad que tenga cada pueblo:

*Eder describe así el uso de una planta llamada **marari** que preside los rituales de curación:*

“Hay una planta que llaman marari, base de innumerables prácticas supersticiosas. Esta planta no crece entre las demás, sino que los indios la cultivan con especialísimo cuidado; se parece mucho a nuestro laurel o mirto; sus hojas cocidas o exprimidas, tienen efectos maravillosos, aunque los únicos reales en quienes ingieren su jugo es un fuertísimo dolor de cabeza durante veinticuatro horas, pásense la noche sin poder dormir y un gravísimo dolor intestinal. Todo lo demás va encaminado a satisfacer la necesidad del bebedor: si quiere saber si han robado o desaparecido algo; la infidelidad del cónyuge o, también lo que ha de suceder (por ejemplo, cuándo y con quién se casará, si el hijo será varón o mujer, etc.), acude a uno de estos charlatanes, es decir un hombre más osado y generoso en el arte de mentir, le ofrece los regalos acostumbrados o los que él mismo exige, exponiéndole el asunto en el que está interesado. El chamán, si puede arreglar las cosas sin que sea descubierto, suele abstenerse de beber el brebaje, ahorrándose así el mal paso; pero si no puede eludirlo sin menoscabo de su renombre, acepta tranquilamente pasar el malestar de veinticuatro horas, con el aliciente de la ganancia que sacará.

La vida de los pueblos en el Beni están inmersas en la madre naturaleza, como madre protectora, de quien nacen los frutos para uso y beneficio de todos sus hijos: seres humanos y animales, protegidos por la madre naturaleza a través de sus frutos como son las plantas de diversas especies.

“Cada pueblo indígena tiene sus creencias y prácticas únicas en lo referente a la salud, así como sus propios recursos comunitarios para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades o la cura de los males comunes ”(Sandra Land, OPS).

Para muchas de esas comunidades, la salud es entendida como el resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza, que resultan del cumplimiento estricto de normas de comportamiento social y de respeto a las fuerzas de la naturaleza y los elementos que la componen.

La enfermedad, por su parte, es entendida como la pérdida de equilibrio de las relaciones ser humano-espíritu-naturaleza, y es una transgresión de normas y principios de convivencia. La noción de equilibrio está presente al entender la salud mental. En el caso de hombres y mujeres la salud mental es el equilibrio entre el orden y el desorden, expresado en los sentimientos de tristeza y alegría ya que en estas culturas coexisten los sentimientos de tristeza o pena, susto o miedo y rabia o cólera.

“El chamán entre los chimanes tiene una función muy importante dentro de la sociedad debido a sus funciones de elemento relacionado dentro de ella. Se lo conoce también como KuKuitzi, Riester reitera que el Chamán tiene contacto con todos los espíritus especialmente con los Mikikandi, que viven en las cercanías y de los cuales él ha obtenido su fuerza para ser Chamán.

Por otro lado el Chamán por su función específica mantiene la identidad cultural muy arraigada, a su función relacionadora de la sociedad el Chamán ha asumido la función de curar a los enfermos, lo que le da mayor poder de influencia psicológica sobre los demás, se agrega entre sus funciones el tratamiento del hechizo (Riester 1976. 280 290)¹⁶.” .

La medicina tradicional que utiliza el del pueblo moxeño Trinitario, tiene representantes, como algunos de los médicos naturistas los siguientes¹⁷:

Leandro Noza, Médico Naturista con 15 años de experiencia, aprendió de su papá y participo en diferentes talleres y curso, actualmente tiene un carnet que acredita su ejercicio como médico y que es reconocido por el viceministerio de medicina tradicional, demostrando así que tiene conocimientos científicos, la consulta está en unos 100 bs. Donde él diagnostica y elabora su tratamiento y hace visita de seguimiento, da orientación en salud a sus pacientes, comenta que le gustaría trabajar con el personal de salud y participar activamente en las actividades del sector salud, tiene su Consultorio Popular en la Zona Mangalito-cel.:76424957

Mariano Semo, Medico Tradicional con 10 años de experiencia en la medicina tradicional es también partero empezando con sus cuatros

¹⁶) Riester APCOB Santa Cruz – Bolivia 2005

¹⁷) Fernández Cruz, Any Tania. Monografía Diplomado Cosmovisiones y Espiritualidades Trinidad – Beni 2011

hijos que nacieron en casa, dice atender a los pacientes hasta en los hospitales para entrar se hace pasar como familiar a petición de familiares del enfermo, el empezó su aprendizaje desde los 5 años de edad en el campo con su abuelo y los ancianos de su comunidad, el todavía no cuenta con su carnet pero desea mucho tenerlo para poder ejercer su ocupación libremente, la consulta oscila de entre 60 a 100 Bs. Él vive en la Zona Pedro Ignacio Muiba-cel.: 73914735

Juan Noza, Médico Naturista con 25 años de experiencia actualmente cuenta el carnet que lo acredita como médico y demuestra que es reconocido por el viceministerio de Medicina Tradicional, participo en diferentes talleres y cursos que le refuerza sus conocimientos científicos, es también huesero siendo actualmente reconocido por la población Trinitaria y buscado por los muchos resultados positivos que ha tenido a lo largo de su carrera, vive en la Zona San Antonio, cobra aproximadamente 100 bs. -cel.: 73910753

También se nombra a un médico Indigenista que utiliza la Medicina Tradicional del pueblo TSIMANE-S (Chiman)

Nicolás Fabricano, Se considera Medico Indigenista Tradicional con 20 años de experiencia, comenta que aprendió de personas de un pequeño asentamiento de Tsimane, "me costó ganarme su confianza, pero una vez que lo hice me enseñaron" es lo que dice don Nicolás, todo lo que se lo aprendí en el campo haciendo y trabajando, el afirma que no ha asistido a ningún taller y del que el origen de las enfermedades se debe a la pérdida de una de las tres sombras, ha sanado muchos casos de personas desahuciadas, su consulta es de 100 bs. Vive en la Zona Pedro Ignacio Muiba-cel.:60210363

CUADRO No. 1

Algunas Medicinas Tradicionales del Pueblo Tsimane

ENFERMEDADES		MEDICINA		ELABORACION	
Castellano	Tsimane	Castellano	Tsimane	Castellano	Tsimane
Cortadura	Tatsitidye	Ambaibo	Shineñi	La cascara se raspa y se junta a la herida	Foi'foi' Patstacca'vadye'ya'
Fiebre Dolor de cabeza	Shicanyi' Jo'no'	Chumiri Tabaco	Dotoj cos	Hoja de tabaco cascara de chumiri	Shancossi C'avadye dotos
Gripe, Diarrea Muela y sabañón	Aja'vas, vodyin, Itsajtsa	Uña de gato, palta palo diablo y limón	Ere', oveto parta, coti' Chij, ashasha	Machucar la raíz de jacajaca Semilla de palta limon cocido	Tyeja're'vejmo' partas japacsiashashej
Cancer	Pashire	Apainique Mono	Apainiq ui oyojoyo	Cascara se muele y se toma mezclada con mono mono	Cafonbu'yiapainiquioyoy yo tun

Fuente: Fernández Cruz, Any Tania. Monografía Diplomado Cosmovisiones y Espiritualidades Trinidad – Beni 2011

Las prácticas de la medicina y/o popular tradicional dependen del pueblo y su desarrollo, así como otras ciencias, como la medicina moderna.

4.3 Medicina moderna, biológica o convencional

La medicina biológica o convencional, es la medicina científica, la que se estudia en las universidades y cuyo paradigma básico se funda en las relaciones causa efecto lineales entre las carencias, los microorganismos, los procesos orgánicos y los factores relacionados con el ambiente y el desarrollo de la enfermedad y por tanto su curación.

La medicina convencional se apoya en la farmacopea química para sus tratamientos, en los recursos de la cirugía biológica, el empleo de instalaciones hospitalarias y los equipamientos e instrumental específico.

La medicina convencional es la medicina según la practican aquellas personas que tienen títulos de doctor en medicina y sus profesionales asociados de la salud, como fisioterapeutas, psicólogos y enfermeras tituladas.

La realidad es que ve al enfermo fragmentado, por especialidades, de manera no integral, con poca comunicación entre unos y otros médicos, “sin un director de orquesta” que integre el tratamiento, y sin contemplar al paciente como persona. Otros términos para la medicina convencional incluyen alopática; medicina occidental, formal, ortodoxa y ordinaria y biomedicina.

Esta medicina, se asume como universalmente válida en todas las circunstancias sociales posibles; basada en ese hecho, se hegemoniza como el centro de la organización de los servicios de salud. En razón de sus éxitos (científicos y económicos), esta medicina se ha extendido como enfoque rector de las políticas de salud de la mayoría de los gobiernos.¹⁸

Los fines de la Medicina Moderna son¹⁹:

- La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.
- El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.
- La atención y curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.
- La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

¹⁸) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Medicina Indígena Tradicional y Medicina Convencional INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS San José – Costa Rica 25 de junio del 2006

¹⁹) http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/sec_16.html

La medicina no es solo un cuerpo de conocimientos teórico-prácticos, también es una disciplina que idealmente tiene fundamento en un trípode:

El médico, como agente activo en el proceso sanitario;

El enfermo, como agente pasivo, por ello es "paciente"

La entidad nosológica, la enfermedad que es el vehículo y nexo de la relación médico-paciente.

La práctica de la medicina, encarnada en el médico, combina tanto la ciencia como el arte de aplicar el conocimiento y la técnica para ejercer un servicio de salud en el marco de la relación médico-paciente. En relación al paciente, en el marco sanitario, se establecen análogamente también vínculos con otros agentes de salud (enfermeros, farmacéuticos, fisiatras, etc.) que intervienen en el proceso.

En la relación médico-paciente, el médico, durante la entrevista clínica, transita un proceso junto con el paciente, donde necesita:

Establecer un vínculo de confianza y seguridad con el paciente (y su entorno también);

Recopilar información sobre la situación del paciente haciendo uso de diferentes herramientas (entrevista y anamnesis, historia clínica, examen físico, interconsulta, análisis complementarios, etc.);

Organizar, analizar y sintetizar esos datos (para obtener orientación diagnóstica);

Diseñar un plan de acción en función de los procesos previos (tratamiento, asesoramiento, etc.);

Informar, concienciar y tratar al paciente adecuadamente (implica también acciones sobre su entorno);

Reconsiderar el plan en función del progreso y los resultados esperados según lo planificado (cambio de tratamiento, suspensión, acciones adicionales, etc.);

Dar el alta al momento de resolución de la enfermedad (cuando sea posible), sino propender a medidas que permitan mantener el status de salud (recuperación, coadyuvantes, paliativos, etc.).

Toda consulta médica debe ser registrada en un documento conocido como historia clínica, documento con valor legal, educacional, informativo y científico, donde consta el proceder del profesional médico.

La práctica de la medicina se ejerce dentro del marco económico, legal y oficial del sistema médico que es parte de los sistemas nacionales de salud pública (políticas sanitarias estatales). Las características bajo las cuales se maneja el

sistema sanitario en general y el órgano médico en particular ejercen un efecto significativo sobre cómo el servicio de salud, y la atención sanitaria puede ser aprovechada por la población general.

La población acude a los servicios por la necesidad de resolver algún problema de salud, sin embargo, *“la rica diversidad étnica y cultural de la población boliviana hacen que, los y las usuarias pertenecientes a grupos culturalmente diferentes, al momento del contacto con los servicios de salud manifiestan además de su enfermedad, la concepción que tienen sobre ésta, su origen y las formas de tratamiento entendidas en lógicas y nombres diferentes al modelo explicativo del médico y/o la enfermera, lo que condiciona y promueve en muchos casos, relaciones de conflicto, choque cultural, resistencia y temor al uso de los servicios; asimismo, se ocasiona a veces sin proponérselo, atropello a sus derechos y creencias, desapego a las medidas terapéuticas y preventivas, tal el caso de la resistencia a múltiples enfermedades de origen bacteriano como lo es la tuberculosis pulmonar y finalmente, alejamiento al uso de los servicios de salud”*.²⁰

Para evitar este conflicto se hace necesario encarar la salud con enfoque intercultural.

4.4 Interculturalidad en salud

Tamayo en su libro: “Interculturalidad, una perspectiva cualitativa”, menciona los enfoques y conceptos de la salud intercultural, de la siguiente forma²¹:

*Para Pérez Salgado Margarita el término interculturalidad nos remite a la expresión “entre culturas”, no simplemente como un contacto, sino a un **intercambio basado en el respeto**. La interculturalidad es un proceso dinámico y permanente de relación de comunicación y aprendizaje entre culturas en condiciones de legitimidad mutua e igualdad, que se construye entre personas y grupos, conocimientos y prácticas culturalmente distintas.*

²⁰) Dr. Carlos Tamayo Caballero Interculturalidad, una perspectiva cualitativa. Tarija Bolivia .2011.

²¹) IBID

La interculturalidad en salud, se refiere a una estrategia transversal que considera, utiliza y potencia conocimientos y prácticas en torno a los procesos de salud, enfermedad y atención tanto de la medicina oficial como de las medicinas indígenas. Desde las políticas sanitarias, se propone aplicar el enfoque intercultural en las estrategias de curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud y se intenta facilitar el reconocimiento, el respeto, la comprensión de las diferencias culturales de los pueblos y la complementariedad de sus conocimientos y sus recursos en salud.

Para la Organización Panamericana de la Salud²² “...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 Secretaría Nacional de Salud de México²³, 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 embargo 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.

Se entiende como interculturalidad al proceso de comunicación en relaciones de convivencia que establecen dos o más individuos o grupos culturales que manifiestan características y posiciones diversas, donde se promueven condiciones de inclusión y horizontalidad, con respeto, escucha, comprensión mutua y sinergia.

²²) Servicios de Salud Araucaria IX Región. Ministerio de Salud de Chile. Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas. OPS-OMS. Saavedra Chile, 1996.

²³) Secretaría Nacional de Salud de México, Dirección General de Planeación y Desarrollo de Salud, “Interculturalidad en Salud”, Síntesis Ejecutiva, México, 2002.

La interculturalidad reconoce al “otro” u “otros” como seres dignos de ejercer todos sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial. En términos concretos, la interculturalidad es una situación y un proceso entre grupos culturales, en la convivencia en un entorno compartido. No es un evento estático, es un proceso donde siempre hay que estar preparado para los cambios²⁴; no es armonioso y en él puede haber conflictos. Propone elementos que para muchas personas pueden ser o parecer innecesarios como el Respeto, Reconocimiento y Dialogo.

Sergio Lirin dice; entendemos por interculturalidad en salud las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado, las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos.

Bajo las concepciones de respeto, interacción, reconocimiento, complementariedad y otros, se hace necesario articular las dos medicinas por el bien de la población pluricultural.

4.5 Articulación medicina moderna y tradicional-²⁵

La articulación entre las medicinas moderna y tradicional requiere un proceso de reflexión donde se establezcan la aceptación y respeto de cada una.

Cuadro No. 2 Comparación: cualidades medicina científica y medicina indígena

Cualidad	Medicina científica	Medicina indígena tradicional
Agente de salud - Idioma - Raza - Género - Formación - Clase social - Selección	Médico, farmacéutico de bata - español u otro - blanca o mestiza - varón y mujer - universitaria +especialización - burguesa o capa media - élite social y económica	Terapeuta tradicional, especialistas - indígena más idioma ritual - indígena, a veces mestiza - varón y mujer, generalmente varón - Bajo tutela de un maestro terapeuta - pobre, a veces de clan elegido -pruebas de iniciación, tradición
Establecimiento Lugar de la atención Horario de atención Costo de la atención Medicamentación Duración de la cura	Público, privado - Centro salud, hospital o consultorio médico - fijo, rígido, diurno, días hábiles (de otro modo se paga más) - Caro, pago en efectivo o Seguro - farmacología química comercial - Rápida	Privado, al servicio de la comunidad - hogar del enfermo (dedicación exclusiva) - día y de noche - accesible, en dinero o en especie - medicina natural, terapia tradicional -Lenta
Paradigma	Biológico fragmentario	Desequilibrio cosmovisivo Integral

²⁴) Méndez Manuel, Coordinador, “Orientaciones para la Interculturalidad, Valores culturales dominantes”. Universidad Autónoma de Barcelona, Mayo 1997, adaptado por la Dirección de Medicina Tradicional.

²⁵) Salud indígena y derechos humanos Unidad tres Articulación de la medicina indígena tradicional

Causa Enfermedad	Causa-efecto - gérmenes, virus, bacterias	Desequilibrio personal, Ecológico, religioso, psíquico, moral
Núcleo de intereses	- superficial y físico y , por sección corporal (fragmentación biológica)	- integral, profundo, espiritual
Trato verbal	- interrogatorio individual corto	conversación, diálogo integrador con familia, requiere más tiempo
Instrumental	Estetoscopio, manómetro, balanzas, tallímetro	- Bordón, banco, examen visual
Sistema de diagnóstico	- Laboratorio, análisis clínico, cirugía	- Diagnóstico en plantas, animales o sueño.
Diagnóstico final Terapia	somático individual	psicosomático-espiritual integrado individual, familiar y comunitario
Dieta	Alimentos costosos	Dietas, alimentos tradicionales hierbas medicinales, ritual amuletos para prevención / Protección. Accesible
Medicamentos Religiosidad	Farmacéutica, costosos Ausente	cosmovisión, espiritualidad, ritos
Actitudes Del paciente al médico/terapeuta Del médico /terapeuta al paciente Del médico/- terapeuta hacia la comunidad	con temor objetividad, cientificismo segregación	- confianza, respeto, fe (paciente individual o colectivo) - simpatía, servicio - integrador/equilibrador, consejo, liderazgo

Fuente: Adaptado de OPS, Serie Salud Indígena No. 7: "Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud". 1996: p. 20.

No se puede dar armonización entre ambos sistemas de salud sin considerar los requerimientos de la interculturalidad. Ella da sentido a principios básicos de la atención en salud como la equidad, que es un concepto aplicable en su esencia, pero se deben considerar los diferentes atributos que determinan la exclusión de una población específica como los indígenas.

Entre los atributos que tienen mayor impacto están: el umbral de pobreza, el nivel educacional, el sexo, la edad, el grupo étnico, el monolingüismo en su idioma nativo y la discapacidad física. Estas características pueden reforzarse, combinarse de diversas maneras y manifestarse en diversos grados de exclusión. Por ejemplo, la forma más crítica de exclusión resulta en el caso de una persona que es pobre, analfabeta, de género femenino, en edad reproductiva, indígena, que habla idioma indígena y es además discapacitada.

Ocurre que en ese contexto, el concepto de equidad, a menudo, está relacionado con el de universalidad. Sin embargo, el concepto de universalidad "homogeniza" a

la población y determina la formulación de criterios similares, pasando por alto las necesidades diferentes o discrepantes de grupos poblacionales diversos. Mientras la “equidad” es universal, “no toda universalidad es equitativa”. Como resultado, la universalidad puede ser inadecuada si reemplaza el concepto de equidad.

La **equidad** implica la distribución en conformidad con las características y las necesidades especiales de cada individuo y de cada grupo sin exclusión. La **universalidad**, por su parte, es insuficiente para satisfacer las necesidades y las prioridades de las poblaciones indígenas o de otros pueblos específicos.

Los gobiernos nacionales reconocen tanto la contribución del conocimiento, las prácticas, En ese sentido, el enfoque intercultural de la salud es una de las estrategias para mejorar el acceso y la calidad de la atención y la promoción de la salud, es también una de las estrategias para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y tener mayor control de sus vidas. El tema de la interculturalidad ha traspasado los límites de la educación y empieza a asentarse en el ámbito de la salud.

La discusión y acciones en torno a la problemática de salud y pueblos indígenas, ha generado al menos cuatro enfoques:

- a) *El que surge al interior de los servicios oficiales de salud, se asume liberal y declara que los usuarios son iguales, sean éstos indígenas o no indígenas. Bajo esa premisa rechazan cualquier posibilidad de considerar las especificidades culturales y sociales de la población indígena, a la hora de definir e implementar programas de salud.*
- b) *El enfoque que señala que hay “variables culturales” en los indígenas que condicionan la situación crítica de la salud. Dichas variables son vistas más como barreras a superar que como una potencialidad a desarrollar. En ese sentido, se tiende a una instrumentalización de elementos culturales, de forma que el problema se centra a nivel de la comunicación. Se trata de mejorar tales relaciones, exigiendo a los pacientes indígenas una adherencia absoluta y total a los programas que se implementan.*

- c) *El enfoque de algunas organizaciones indígenas, que plantean el rescate y la revalorización de la medicina tradicional. Se pone énfasis en el sistema de salud como elemento de identidad étnica; sin embargo, olvida que los indígenas de hoy no son los mismos de antes, que no existe una única identidad indígena, existe un pueblo disperso que se posesiona en distintos pisos ecológicos y, según donde se poseione, se identifica como indígena o como campesino.*
- d) *El enfoque que busca articulaciones entre el sistema médico indígena y el sistema médico oficial. Busca desarrollar espacios interculturales para el desarrollo regional con un enfoque sectorial. Asume que existe una interrelación práctica entre los problemas de salud y los distintos elementos del desarrollo social.*

Sin embargo la articulación también hará necesario la armonización entre ambas como paso previo.

4.6 Armonización de la medicina indígena tradicional y la medicina biológica²⁶

Los indígenas saben que no todos los problemas de la salud se pueden solucionar con los tratamientos tradicionales, reconocen sus limitaciones. Se enfrentan a enfermedades desconocidas como el SIDA, respecto a las cuales tienen limitada experiencia.

Aunque son efectivos en el tratamiento de enfermedades culturales, los terapeutas tradicionales a menudo reconocen la necesidad de referir sus pacientes a los servicios de atención de salud oficiales.

La medicina oficial es efectiva en los males somáticos, pero falla en los culturales.

Ambos sistemas tienen vacíos, pero pueden llegar a ser complementarias y la experiencia lo confirma, cuando el paciente, luego de la visita al médico de

26) Salud indígena y derechos humanos Unidad tres Articulación de la medicina indígena tradicional

bata blanca, lleva primero el medicamento occidental al terapeuta tradicional para que éste lo bendiga.

La articulación de las medicinas tradicionales a la salud pública es un terreno que presenta enfrentamientos dogmáticos, intereses largamente establecidos y territorios airadamente disputados. Hace falta reconocer que los extremos son imprecisos, existe la idea de que hay espacios fijos y delimitados, que serían la medicina tradicional y la medicina occidental, pero están desbordadas por todos los lados, porque por principio, las medicinas son dinámicas, evolucionan, agregan nuevos conocimientos, modifican otros, abandonan los que considera obsoletos. Inclusive, existen medicinas tradicionales y no una medicina tradicional (hay diferentes manifestaciones y marcos conceptuales, aún en un mismo territorio nacional).

Por el lado de la medicina moderna, también se están asimilando muchas prácticas no alopáticas. La medicina moderna es, ella misma, heredera de medicinas tradicionales de varios orígenes (desde celta hasta árabe) y se nutrió también de los conocimientos botánicos de los shamanes americanos.

A continuación se presenta algunos casos que ilustran avances en la armonización de los sistemas de salud convencionales y de las poblaciones indígenas, conocidas como buenas prácticas de armonización en América Latina:

Algunas son iniciativas de los pueblos indígenas, en tanto que otros son del Estado. La armonización y articulación deben darse en un clima de mutuo respeto.

Caso **Bolivia**, las experiencias de salud intercultural son ocasionales. Algunas de ellas han surgido de la iniciativa de los pueblos indígenas, se trata de casos de inserción de terapeutas indígenas kallawayas, hueseros y

matronas junto a los médicos, enfermeras y obstetras, con limitada combinación de recursos. Algunas experiencias de esa naturaleza se han dado en Redención Pampa y Zudáñez en Chuquisaca; Ancoraimos, Puerto Pérez y Cohoni, Chanca, en La Paz; Tiraque, Punata y Raqaypampa en Cochabamba, Vallegrande en Santa Cruz, y Uges I y VI en Tarija. Entre acciones de apoyo, se refiere a METRABOL, la implementación de una base de datos sobre plantas medicinales.

Entre las decisiones administrativas de gran impacto figura la decisión gubernamental del 6 de febrero de 2006, por la cual se transforma la Dirección Nacional de Medicina Tradicional Indígena en el Vice Ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad. Que constituye la avanzada latinoamericana en cuanto a institucionalización de políticas públicas sobre medicina tradicional.

Caso **Costa Rica:** en 1996 se realizaron algunas actividades interculturales con terapeutas Awapa de Talamanca en visita al sistema de salud pública. Los terapeutas participaron en la rutina médica en el Hospital del Niño en San José, fueron capacitados en medicina convencional básica y recibieron algunos instrumentos médicos y medicamentos básicos.

En otra referencia, la Caja Costarricense de Seguro Social destinó un espacio para la eventual consulta de terapeutas indígenas y la atención herbolaria en la Clínica de Suretka, Talamanca.

Hay varias organizaciones sobre medicina tradicional, principalmente de cultivo y distribución de plantas medicinales, en la que los *huétares* hallaron cierta especialidad. También hay una variedad de proyectos a cargo de comités de mujeres en Ujarrás, Talamanca, Quitirrisí, que se dedican a elaborar productos medicinales en territorios indígenas.

Caso **Ecuador**: A partir de 1986, a iniciativa de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura, se crea el Área de Salud Jambi Huasi en Otavalo. La organización administra varios centros de salud “Jambi Huasi” donde se proporciona atención de medicina general, odontológica, obstétrica; combinando la atención de especialistas de la medicina occidental y con un equipo de terapeutas indígenas que incluye Yachac, fregador (sobador), partera.

La experiencia es un ejemplo de buena práctica que demuestra la factibilidad de atención intercultural de la salud, en tanto que ofrece la posibilidad de que el paciente, ante un malestar determinado, puede elegir si le atiende el médico convencional o el terapeuta tradicional yachaj. Igualmente, en el nivel de la atención de medicamentos, además de los medicamentos farmacéuticos tiene opción a las plantas medicinales y tratamientos tradicionales.

La atención que se proporciona es bilingüe, quichua-castellana. El servicio oferta precios módicos por cada atención y permite la opción de visita a las comunidades. La iniciativa es dirigida por una sociedad basada en la solidaridad, la comunidad, el humanismo, el reconocimiento y el respeto a la diversidad cultural y étnica.

El personal está compuesto por profesionales indígenas y terapeutas tradicionales indígenas. Además de la atención de salud, organiza capacitaciones en aspectos de salud y actividades de promoción en coordinación con el gobierno y asociaciones comunales indígenas.

El caso **Guatemala**: se sabe de la experiencia de los “*médicos descalzos*” de Guatemala, que está abocada al desarrollo endógeno de la Medicina Tradicional en las áreas rurales.

Se propone rescatar los conocimientos tradicionales en salud herbolaria, mejorar la accesibilidad del primer nivel de atención con la incorporación de la medicina natural herbolaria de acceso local. También pretende aumentar la participación comunitaria en la resolución de los problemas básicos de salud y promueven la articulación entre los actores de la medicina tradicional y el sistema integral de atención en salud.

Otra experiencia consolidada es la de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, ASECSA, que difunde servicios interculturales en varios municipios indígenas, siendo una de sus actividades más sobresalientes la capacitación. Actúan básicamente a través de organizaciones de base como COSPREK, APROSADSE y APROSADEC.

Caso **Nicaragua**, en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua, la Comisión de Salud del Consejo Regional con el apoyo de diversas entidades con la Universidad URACCAN y el Ministerio de Salud, implementa un modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte, en cooperación con la Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo, CIES y el SILAIS- RAAN.

El proyecto tiene un fuerte énfasis en capacitación y formación de recursos humanos. Otras experiencias son la de CECALI en el área de Estelí y las acciones del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunal con labores en prevención de la salud, letrinas y hierbas medicinales e investigación en etnomedicina.

Caso **Perú**: HealthUnlimited desarrollo desde 1997 iniciativas en la región quechua de Ayacucho, desarrolla e implementa centros de atención de salud, Jampihuasi, ayudan a formar comités de salud y capacitan auxiliares de salud y apoyan la participación comunitaria en los problemas de salud.

También se promueve la salud materna infantil y la mejora alimentaria, la creación de ambientes culturalmente apropiados para el parto en los centros de salud del Ministerio de Salud, también acciones en la salud mental, en medicina tradicional y plantas medicinales.

Otra experiencia es la implementación de recintos anexos para el parto tradicional asistido por parteras, en los centros de salud del Ministerio de Salud en algunos poblados de Sicuani y Paucartambo. El componente de capacitación es importante, particularmente la dirigida a las parteras y promotores de salud. El otro ingrediente es la participación comunitaria en la solución de problemas de salud.

Desde 1990 operaba en el Perú el Instituto de Medicina Tradicional Perú, INMETRA, el cual se transformó en el año 2006 en el Centro Nacional de Salud Intercultural, CENSI, es un órgano autónomo dedicado a la investigación científica en medicina tradicional, hay una red de instituciones con las cuales opera.

Es destacable el Programa de Salud Indígena de la organización indígena amazónica AIDSESEP y del Centro de Cultural Indias Chirapaq en comunidades andinas.

El camino a recorrer está en manos de ambos sistemas de salud. Algunos tramos en el campo académico ya han sido emprendidos, como es el caso de la iniciativa del Prof. Víctor Reyna, Profesor de química de la Universidad de Lima, quién comparó los resultados de la “soba del cuy” con diagnósticos radiográficos de los pacientes, demostrando así el alto índice de coherencia entre el método empírico tradicional y las técnicas modernas. Este tipo de validaciones permiten avanzar más rápido en la ruta.²⁷

27)Reyna Pinedo, Víctor. La soba del cuy en la medicina tradicional peruana, 2ª ed., Lima, Perú. 2002.

Caso **México**: se refieren dos experiencias: una del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, en gran parte del territorio mexicano, y otra de los consultorios interculturales en el área de Chiapas. Teniéndose como referencia la página web: <http://www.healthunlimited.org/peru/index.htm>

También resalta la producción intelectual del colectivo YOPALTLI integrado por destacados médicos, antropólogos y biólogos especialmente del Departamento de Antropología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En Chiapas, el proceso organizativo de los médicos indígenas es muy amplio, destaca la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, OMIECH, con sede en San Cristóbal de las Casas, cuyo museo de la medicina indígena es una experiencia sistematizada loable. Destaca también el Consejo de Organizaciones de Médicos y Parteras Indígenas de Chiapas, COMPICH, que agrupa a varias organizaciones del Estado.

En la mayoría de los 60 pueblos indígenas existen organizaciones de médicos tradicionales que han realizado varios foros a nivel nacional, en la que han expuesto su problemática y han reivindicado los derechos para el libre ejercicio de la medicina indígena.

El Colegio del Sur, en San Cristóbal de las Casas, por su parte, dispone de uno de los herbarios más completos con más de 3,000 plantas silvestres comestibles de dicha región.

Como se vio las experiencias a nivel Latino América, se hace necesario revisar a nivel de Bolivia, sobre el marco legal y las políticas de interculturalidad en salud.

4.7 Avances legales y normativas sobre salud e interculturalidad en Bolivia

De acuerdo a la percepción y revisión bibliográfica del Dr. Florencio Hoyos (asesor de la unidad de Interculturalidad de SEDES Beni) indica que *“la medicina tradicional ha sido ejercida por ciertos grupos especiales de persona desde tiempos precolombinos y durante la época colonial, en su mayoría, de forma muy solapada y oculta por la evangelización e inquisición y desde la época republicana simplemente se la menosprecia y la actividad se vuelve totalmente oculta y se la sindicada de oscurantista, sin embargo es muy conocido el hecho que muchas personas creen y solicitan estas prácticas sobre todo cuando de alguna manera se ve que las prácticas de la medicina Galénica ya ha realizado todo su arsenal de cuidados, procedimiento y medicamentos, es por esto que varios gobiernos anteriores han intentado asumir esta Medicina como una práctica además de las muchas que se tienen en el horizonte de curaciones, pero con muy poco éxito por la reticencia de la estructura medica reacia a reconocer estas prácticas como buenas y saludables, es así que desde varios años atrás se viene intentando la asimilación completa de estas prácticas..”*²⁸

En **Bolivia** se ha venido desarrollando una serie de acciones para tomar en cuenta las características sociales y culturales de los grupos indígenas en la atención de los servicios de salud, en lo que se refiere a la medicina tradicional y la salud intercultural se tiene los siguientes:

a) **Para el año 1987** se aprueba la **resolución ministerial N° 00231**, donde en su artículo único indica:

Artículo Único.- Aprobar el Reglamento Para La Práctica De La Medicina Naturista-Tradicional De Bolivia, que consta de nueve partes, estando sujeta a revisiones periódicas para introducir modificaciones que sean detectadas en el curso de su aplicación.

28) Dr. Hoyos, Florencio. “Creación De La Unidad De Medicina Tradicional E Interculturalidad Del Beni” Sedes Beni 2012

- b) **Para el mismo año (1987)** se aprueba la **Ley N° 0928 de creación del Instituto de Medicina Tradicional Kallawaya**, que en su inicio reza:

Artículo Primero. - Créase el Instituto Boliviano de Medicina Tradicional Kallawaya, con autonomía propia y gestión administrativa, cuyas actividades estarán enmarcadas dentro las políticas nacionales formuladas por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública como cabeza de sistema.

Siendo sus funciones básicas las siguientes: Promover, orientar y coordinar la investigación científica de los recursos naturales de la flora nativa utilizados en la medicina tradicional, Identificar los principios activos responsables de sus propiedades curativas, contribuyendo a la aplicación y divulgación de los mismos en la práctica médica. Preservar y extender los cultivos de la flora relacionada con la medicina tradicional.

- c) Durante los últimos años, especialmente a partir del **año 1994**, donde se promulgó la **Ley de Participación Popular**, paulatinamente se han ido incorporando criterios que tomen en cuenta las concepciones sociales y culturales de la población indígena para la atención en los establecimientos del sistema público de salud.

- d) **Para el año 1997**, se reglamenta la Decisión 391 del **Régimen Común de Acceso a los Recursos Genéticos** a través del **Decreto Supremo No. 24676**, se establece puntualmente:

Artículo 3. Para efectos de lo dispuesto por el inciso b) del Artículo 4 de la Decisión 391, no requiere la suscripción de un Contrato de Acceso previo, el intercambio de los recursos genéticos, sus productos derivados, los recursos biológicos que los contienen o el componente intangible asociado a éstos, efectuado por los pueblos indígenas y comunidades campesinas para su propio consumo y basadas en prácticas consuetudinarias.

(Art. 5...) c) Garantizar el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas y comunidades campesinas como proveedores del componente intangible asociado a los recursos genéticos, en coordinación con la Secretaría Nacional de Asuntos Étnicos, Género y Generacionales, y las organizaciones representativas de dichos pueblos indígenas y comunidades campesinas.

(Art. 15...) De igual manera, cuando se involucren comunidades campesinas o indígenas, como proveedores del componente intangible asociado al recurso genético al que se quiera acceder, se acordará la participación de estos sectores en los beneficios derivados del acceso al recurso genético a través de sus organizaciones representativas.

- e) **Para el año 1997**, se aprueba la **Ley N° 1737 (1997), ley de Medicamentos**. Que en el ámbito de aplicación de la ley en su **Capítulo II** indica:

Artículo 2º.- *La presente Ley regula la fabricación, elaboración, importación comercialización, control de calidad, registro, selección, adquisición, distribución, prescripción y dispensación de medicamentos de uso humano, así como de medicamentos especiales, como biológicos, vacunas, hemoderivados, **alimentos de uso médico**, cosméticos, productos o deontológicos, dispositivos médicos, productos homeopáticos y **productos medicinales naturales**.*

La misma, en su **Capítulo IV** se recapitula a los MEDICAMENTOS RECONOCIDOS POR LEY y en su

Artículo 4º.-*A los fines reglamentarios los **medicamentos reconocidos por ley** son entre otros **Inc. e)** Los Productos de origen vegetal, animal o mineral que tengan propiedades medicinales:*

El mismo **año 1997** se aprueba el **Reglamento de la Ley de Medicamentos en la Resolución Suprema N° 25235 (1997)**, que en su **CapítuloXIX** referente a los **Medicamentos Naturales Tradicionales** indica, en su **Artículo131º**: *se someten a **registro Sanitario Especifico** y el correspondiente **control de calidad**, los **medicamentos naturales y tradicionales** elaborados a base de recursos naturales, cuyo uso se justifica por una tradición que ha dado cuenta de su eficacia y seguridad y que se refuerza con la investigación nacional e internacional.*

- f) **Para el año 1992**, se aprueba la **Ley No. 1333 del Medio Ambiente** y en ella se dispone:

Artículo 56. *El Estado promoverá **programas de desarrollo en favor de las comunidades que tradicionalmente aprovechan los recursos de flora y fauna silvestre con fines de subsistencia**, a modo de evitar su depredación y alcanzar su uso sostenible. [...]*

Artículo 62. *[...] En la administración de las áreas protegidas podrán participar entidades públicas y privadas sin fines de lucro, sociales, comunidades tradicionales establecidas y pueblos indígenas.*

Artículo 64. *La declaratoria de Áreas Protegidas es compatible con la existencia de comunidades tradicionales y pueblos indígenas, considerando los objetivos de la conservación y sus planes de desarrollo.*

Artículo 78. *El Estado creará los mecanismos y procedimientos necesarios para garantizar:*

- *La participación de comunidades tradicionales y pueblos indígenas en los procesos de desarrollo sostenible y uso racional de los recursos naturales renovables considerando sus particularidades sociales, económicas y culturales en el medio donde desenvuelven sus actividades.*

- *El rescate, difusión y utilización de los conocimientos sobre uso y manejo de recursos naturales con la participación directa de las comunidades tradicionales y pueblos indígenas. [...]*

g) **Seguro Básico de Salud Indígena y Originario (2001) Decreto Supremo N° 26330 (2001)** que se trata de una normativa que no se puso en práctica, es por ello que al intentar practicarla no ha sido posible y por tanto ha sido olvidada. Antes de regular y normar es necesario que previamente esté integrada la medicina tradicional en el sistema de salud.

h) Para el mes de **marzo del año 2009** se aprueba la **nueva Constitución Política del Estado** y en ella reza:

Artículo 1.-*Bolivia, libre, independiente, soberana, **multiétnica y pluricultural**, constituida en República, adopta para su gobierno la forma democrática representativa, fundada en la unión y la solidaridad de todos los bolivianos.*

Artículo 30. Título II. En el marco de la unidad del Estado y de acuerdo con esta Constitución las naciones y **pueblos indígena originario campesinos** gozan de los siguientes **derechos**:

9. *A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.*

11. *A la propiedad intelectual colectiva de sus saberes, ciencias y conocimientos, así como a su valoración, uso, promoción y desarrollo.*

13. *Al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales.*

Artículo 171. [...]

I).- *Se reconocen, respetan y protegen en el marco de la ley, los derechos sociales, económicos y culturales de los pueblos indígenas que habitan en*

el territorio nacional, especialmente los relativos a sus tierras comunitarias de origen, garantizando el uso y aprovechamiento sostenible de los recursos naturales, a su identidad, valores, lenguas, costumbres e instituciones.[...][...]

III).- Las autoridades naturales de las comunidades indígenas y campesinas podrán ejercer funciones de administración y aplicación de normas propias, como solución alternativa de conflictos, de conformidad a sus costumbres y procedimientos, siempre que no sean contrarias a la Constitución y las leyes. La ley compatibilizará estas funciones con las atribuciones de los poderes del Estado.

El **Nuevo Estado Plurinacional**, ha planteado Nuevos paradigmas de desarrollo del Estado establecidos en la Constitución Política del Estado Plurinacional (CPE), Plan Nacional de Desarrollo Nacional (PND), Plan de Gobierno 2010-2015 “Evo Bolivia Avanza” Propuestas sociales y sanitarias en la concertación social nacional de las Pre constituyentes de salud del 2006, Ley Orgánica de Autonomías y Cartas Municipales²⁹

El **Ministerio de Salud y deportes de Bolivia**, coherente con esta nueva visión de país, ha diseñado políticas nacionales como el Plan Sectorial de desarrollo 2011 – 2015: Bolivia Movilizados Por El Derecho A La Salud Y La Vida, Modelo sanitario: Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI; y otras medidas que tienen que ver con el reconocimiento de los saberes de los pueblos, además de la establecido previamente como política de salud, SUMI y otros:

- i) La **Ley del Seguro Universal Materno Infantil promulgada en el año 2002** en su *artículo primero inciso b)* establece que: *“Las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil, cuando corresponda, se adecuarán y ejecutaran mediante la medicina tradicional Boliviana donde los usos y*

29) Dr. Tamayo **presentación: Políticas de Salud** Bolivia. 2012

costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección”.

A su vez el Reglamento de Prestaciones del Seguro Universal de Maternidad y Niñez en su artículo 8 dice: “**(Usos y Costumbres)**. *Las prestaciones del SUMI en los tres niveles de atención se adecuan a los usos, costumbres, idiomas y lenguas de los pueblos campesinos, indígenas y originarios, respetando la identidad, base cultural y con enfoque de género”*

j) Modelo De Gestión (2003) Decreto Nº 26876 (2003) Sistema Nacional De Salud.

Artículo 1.- *(Definición).I. El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el Ministerio de Salud y Previsión Social. II. Involucra al Sistema Público, Seguro Social de corto plazo, Iglesias, Instituciones Privadas con y sin fines de lucro y la **medicina tradicional**.*

k) En las Bases para el Plan Estratégico de Salud 2005 - 2010 establece desafíos para elevar la calidad de vida:

- *Elevar la calidad y el grado de humanización del trabajo para liberar las capacidades creativas, el control de los procesos y ritmos de producción y la distribución.*
- *Acceso a **recursos materiales y espirituales** para la sostenibilidad y empoderamiento de los individuos y grupos sociales.*
- *Contribuir a elevar la conciencia sobre lo natural como premisa de lo humano y también como resultado de lo humano. Promover un disfrute responsable, una actitud o sentido social, y una vigilancia sobre las acciones productivas.*
- *Elevar la capacidad organizativa y de participación en la conducción de*

*la vida social, en la gestión de las instituciones y en la formulación de políticas, a fin de asumir de manera consiente y crítica el protagonismo basado en la experiencia, conocimientos, destrezas, **identidad cultural, valores. Esto permitirá elevar la conciencia sanitaria de la población, el reconocimiento de los saberes ancestrales de los pueblos originarios.***

- I) El Modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural SAFCI³⁰,** establecido a través del Decreto supremo No. 29601 11 de **junio del 2008**, que involucra a la persona, familia y comunidad en la prestación de servicios Integrales e interculturales a través de las redes de salud articulándose con la medicina tradicional ancestral, tanto en los establecimientos, de salud como en la comunidad.

Para desarrollar este modelo el Ministerio de salud ha puesto entre sus principales funciones el “promover la medicina tradicional y su articulación con la medicina occidental, en el marco de la interculturalidad y adecuación cultural de los servicios”.

El objetivo del modelo SAFCI, expresado en el *Artículo 2.- del decreto* es “*El objetivo del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social, reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud y de brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad, además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos, contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.*”

El modelo SAFCI tiene como principios. La participación, integralidad, interculturalidad e intersectorialidad.

³⁰Decreto Supremo 29601 Salud Familiar Comunitaria e Intercultural

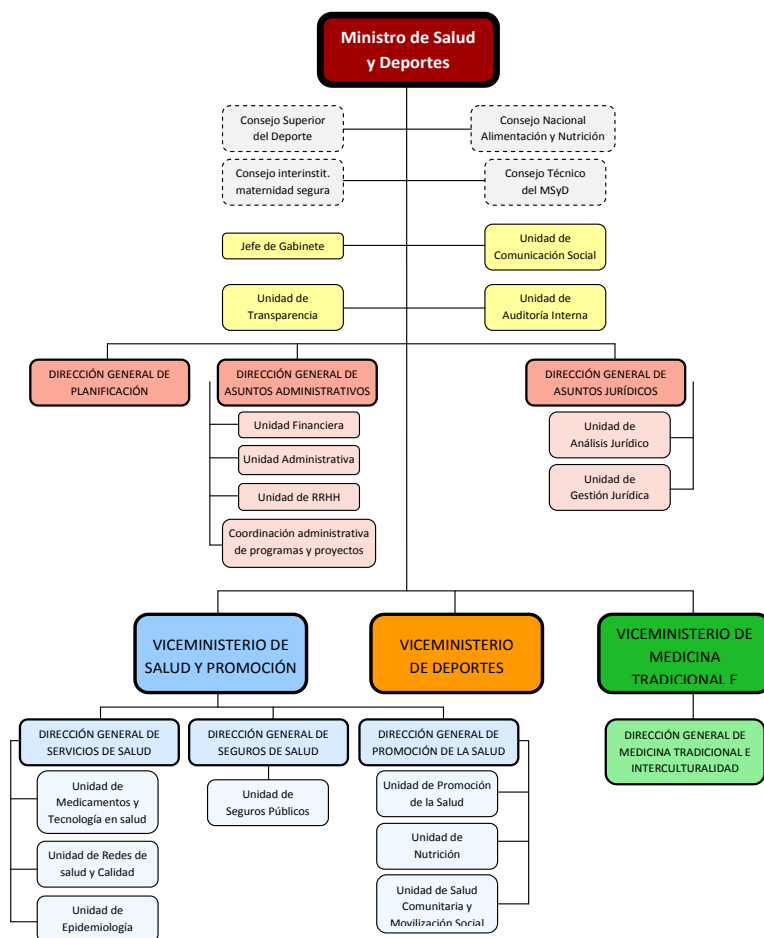
El principio de la **INTERCULTURALIDAD**: Es el diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración de los diferentes saberes y prácticas médicas existentes facilitando la articulación y complementariedad para mejorar la salud.

m) Cambios Estructurales Ministerio De Salud Y Deportes:

Esta nueva visión ha ocasionado un cambio estructural en las esferas del Ministerio de salud, con la creación del **Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad**. Y la **Dirección de Medicina tradicional e interculturalidad**, situación que ha repercutido también a niveles departamentales con la creación de las direcciones o unidades de medicina tradicional e interculturalidad

Organigrama No.1

ESTRUCTURA MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES



Fuente: Plan Nacional Ministerio de Salud y Deportes

Entre las principales **objetivos** del Vice ministerio de medicina tradicional e interculturalidad está el ***“Implementar un modelo de atención de salud intercultural que complemente la medicina occidental con la medicina tradicional, promoviendo una efectiva interculturalidad en el proceso de salud/enfermedad, donde se enfatice el enfoque socio/cultural, que permita una contribución pública de la medicina tradicional y herbolaria a la población”***

Otro aspecto importante del trabajo de este vice ministerio es el registro y certificación de los médicos tradiciones. *Según Alberto Camaqui Vice Ministro de Medicina tradicional hay 20 mil médicos tradicionales y parteras.*

“Ahora el personal de salud en ejercicio de la medicina académica está interesada en la coordinación con recursos de medicina tradicional así por ej. los representantes del programa de los SEDES se reunieron con representantes de la medicina tradicional a fin de establecer trabajos conjuntos con el mismo fin de reducir la tuberculosis en Bolivia; así lo afirma también Julio Quete Secretario de Salud de la CIDOB, y en el caso de salud sexual y reproductiva entre otros Gregorio Choque Quispe del CONAMAC La Paz”³¹

n) Plan Estratégico del Vice Ministerio Medicina Tradicional e interculturalidad de Bolivia

El mismo que plantea los aspectos siguientes:

i. Funciones del Viceministerio

- Diseñar la política de promoción de la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica o universitaria, en el marco

³¹Declaraciones publicadas en prensa escrita y pagina web Ministerio de Educación. De Bolivia

de la interculturalidad y adecuación étnico – cultural de los servicios de salud.

- Diseñar un modelo de atención integral de promoción y fomento de la salud familiar y comunitaria, respetando la interculturalidad en las comunidades, suyus, marcas, ayllus, tentas, capitanías y otras territorialidades y formas de gestión política en el país.

ii. Funciones del Vice Ministro

- Incorporar prácticas de medicina tradicional en el sistema nacional de salud e implementar un sistema de registro y codificación de terapéutica tradicional y alternativa, e incorporarla a la farmacopea nacional de medicamentos.
- Acreditar los recursos humanos que llevan adelante la práctica de la medicina tradicional y establecer protocolos de normas y procedimientos de la asistencia sanitaria tradicional y alternativa.
- Fomentar la investigación en medicina tradicional e interculturalidad en los servicios de salud y articular las redes de servicios y redes sociales con la práctica de la medicina tradicional.

iii. Definición de medicina tradicional:

Es saber cómo alimentarse, cómo conservar la salud y curarse con los elementos propios y al alcance de la mano de cada una de las 40 culturas tiene también su propia medicina transmitidas oralmente de generación en generación en peligro de perderse

iv. salud intercultural:

Diálogo de culturas médicas para trabajar juntos, respeto al diferente, aceptación de los derechos de todos a participar en la salud. Igualdad de derechos y oportunidades con inclusión y sin exclusiones de ninguna clase, contenida ya en las Estrategias de Atención Primaria de Salud de 1978

v. Situación

Bolivia tiene una diversidad geográfica, étnica y cultural, gran parte de la población opta por utilizar inicialmente el conocimiento y la práctica tradicional en el cuidado de la salud.

No todo es claro en la medicina tradicional, en ella también encontramos problemas

Si bien existe una Resolución Ministerial de 1987 y la ratificación del Convenio 169, de la OIT, que habilita y reconoce la práctica y ejercicio de la medicina tradicional, no se ha hecho mucho y quedan vacíos procedimentales

La población ya ha producido en la práctica articulaciones entre las diferentes medicinas. Hay que considerar también que quienes ejercen la medicina tradicional y/o natural hacen uso de productos o técnicas no exclusivamente tradicionales, debido a la dinámica del desarrollo tecnológico

vi. Visión:

En el año 2010 tendremos un sistema público de salud respetuoso de las culturas originarias, enriquecido con lo mejor de las medicinas tradicionales, que han recuperado y desarrollado todas sus cualidades y potencialidades, sabiamente articuladas y altamente capacitadas para responder a las crecientes demandas de atención y defensa de la salud de las poblaciones menos protegidas.

vii. Misión: El Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad tiene la misión de preservar y fortalecer las prácticas médicas tradicionales basadas en la utilización de recursos naturales de acuerdo al conocimiento y sabiduría de las culturas originarias de la patria, en forma complementaria y articulada con el sistema público de salud, constituyendo un modelo de gestión y atención con enfoque intercultural.

viii. Propósito: Contribuir a la construcción de un sistema público de salud, equitativo y con capacidad resolutoria en todos sus niveles,

incorporando el enfoque intercultural en los modelos de atención y gestión de salud para que la población boliviana alcance mejores nivel de nutrición y salud.

ix. Objetivo general

Lograr que todas las redes de servicios de salud actúen en forma convergente con la medicina tradicional, con enfoque intercultural, con equipamiento e infraestructura certificados y con disponibilidad de insumos esenciales para los problemas priorizados en la política de salud

x. Objetivos específicos:

- Formular, desarrollar e implementar medidas de políticas públicas, normas y procedimientos de salud intercultural
- Mejorar la accesibilidad a los servicios públicos de salud mediante la articulación efectiva de la medicina tradicional y la medicina académica
- Fortalecer las medicinas tradicionales en sus contextos culturales, sociales e institucionales con la participación de las organizaciones indígenas y originarias
- Incrementar el conocimiento y mejorar las prácticas nutricionales y sanitarias de los individuos, familias y comunidades.

xi. Resultados Esperados:

• Política y normas de salud intercultural implementadas

Política de salud intercultural (ley) implementada en todo el SNS, Guías y protocolos de nutrición, maternidad, AIEPI, SSR, adolescentes, adecuados interculturalmente, nuevas inversiones (construcciones y equipamiento) adecuadas a sus contextos

• Los proveedores de los servicios de salud responden a criterios de calidad con enfoque intercultural

Capacitación permanente con enfoque intercultural, cursos de pre y postgrado en todas las facultades de ciencias de la salud. Competencias interculturales del personal fortalecidas

- **La población conoce, participa organizadamente y decide planes de salud interculturales**

Consolidación de la Mesa de Salud Intercultural, mecanismo de supervisión y asistencia técnica. Estrategia de comunicación implementada, especialmente en nutrición

- **Las Organizaciones Indígenas y Pueblos Originarios implementan sus propios planes de salud**

Autodiagnósticos, Perfiles epidemiológicos culturales, Planes de salud, (CIDOB, CSUTCB, CONAMAQ...)

- **Redes de servicios de salud adecuadas para atención de calidad con enfoque intercultural**

Planes Departamentales y Municipales de Salud Intercultural. Albergues comunitarios en centros de segundo nivel. Redes aplican protocolos de atención intercultural. Centros de salud con huertos y farmacias mixtas. Médicos y parteras tradicionales articuladas en el trabajo de los centros

- **Medicina Tradicional fortalecida y relacionada activamente con el desenvolvimiento del sistema nacional de salud**

Investigaciones sobre medicina tradicional con y para médicos tradicionales. Generación de instancias de recuperación y recreación de la medicina tradicional

xii. Prioridades

- Investigar, sistematizar y socializar la investigación de las plantas medicinales, privilegiando la investigación clínica, operativa y toxicológica
- Devolver, recuperar o reeditar, para sus dueños (etnias y nacionalidades) las investigaciones de los cuadros básicos de las diversas regiones de Bolivia ya realizadas.

- Recuperar la investigación dispersa de las plantas arbustivas existentes en Bolivia, sabiendo que la investigación pendiente es la de los árboles amazónicos (Nordenskjold) estableciendo criterios y principios de una investigación activo - participativa, sistematizada y socializable.
- Hacer que las investigaciones ya realizadas con éxito como es el caso de la savia del Plátano guayaquil para la TB, como de la Evanta para la *Leishmaniasis*, se apliquen en formas farmacéuticas donde se necesiten.
- *Promover cadenas productivas de las plantas medicinales cultivadas ecológicamente, para elaborar medicamentos de calidad, con licencia para surtir las boticas populares y la demanda tanto nacional como internacional.*
- *Facilitar la elaboración de productos farmacéuticos como jarabes expectorantes, pomadas, cremas, linimentos, tinturas y otros que se multipliquen en otras formas farmacéuticas y añadir medicamentos derivados de los aceites esenciales y derivados de la colmena.*
- *Hacer que la medicina tradicional de cada región se recupere y se valore, se aprenda y se enseñe en Institutos de cada región y en los distintos niveles educativos desde la escuela hasta la universidad.*
- *Incorporar en el pensum y los currículos de las Facultades de Ciencias de la Salud, tanto la Antropología Médica, como la Interculturalidad en la Salud, el conocimiento de la Cosmovisión de las Medicinas Tradicionales de cada departamento, y las lenguas, valorando la sabiduría boliviana en esta materia.*
- *Que en cada región se inicien cursos de su Medicina Tradicional en que personas de conocimiento, por turnos, capaciten a las nuevas generaciones, haciendo uso del "Calendario Agrícola" (respetando los tiempos de siembra y cosecha como vacaciones), en su propia lengua y sistematizando el conocimiento impartido, de modo que se elaboren los propios textos de enseñanza.*

- *Aprovechar las redes y medios de comunicación tanto televisivas radiales y otras para difundir mensajes, consignas, recetas y conocimientos técnicos acerca del valor de los alimentos y de las plantas medicinales bolivianos de cada región, en sus propias lenguas.*
- *Apoyar la ejecución de los planes de CIDOB, CSUTCB, CONAMAQ (Autodiagnósticos, censo de parteras/os y médicos tradicionales, Demandas, Constituyente)*
- *Otorgarles una acreditación cuando sus comunidades de origen los garanticen en un documento de apoyo a sus cualidades.*
- *Tener un Reglamento consensuado y claro para los que ejercen otro tipo de medicinas naturales, alternativas o complementarias*
- *Profundizar y extender la implementación de la atención de la maternidad con enfoque intercultural, hacia otras regiones y en otros temas prioritarios.*
- *Habilitar a las redes de servicios para el trabajo conjunto con médicos y parteras tradicionales, adecuar infraestructuras y equipos*
- *Capacitar personal, dinamizar las Jefaturas Departamentales de Medicina Tradicional.*
- *Abrir oficinas de salud intercultural en hospitales, establecer farmacias mixtas, huertos y albergues*

Entre algunos logros históricos importantes para la medicina tradicional e interculturalidad se tiene:

- Registro de 580 terapeutas Tradicionales durante el primer semestre 2010.
- Elaboración del Proyecto de Ley de Medicina Tradicional
- Plan Estratégico para el desarrollo de la Medicina Tradicional
- Socialización de la Estrategia y estimulación de actividades a nivel nacional
- Relanzamiento de los avances en el marco legal Boliviano:

- Vigencia de la Medicina Tradicional (1984)
- Reconocimiento de la Sociedad Boliviana De Medicina Tradicional SOBOMETRA. Resolución Suprema No. 198771, del 10 de enero de 1984.
- Servicios integrados de medicina nativa, medicina oficial y medicinas alternativas (1984)
- Convenio entre el ministerio de salud y SOBOMETRA de 23 de abril de 1984.
- Reglamento para la práctica de la medicina naturista tradicional (1987) Por Resolución Ministerial 231/87 del 13 de marzo de 1987
- Creación del Instituto boliviano de Medicina Tradicional Kallawaya (1987),
- Regulación de las medicamentos naturales y tradicionales (1998)
- Ley No. 1737 Del Medicamento De 17 De Diciembre De 1996.
- Decreto Supremo Reglamentario 25235 De 30 De Noviembre De 1998.
- Normas para medicamentos naturales, tradicionales y homeopáticos (2001) Resolución Ministerial N° 0013 de 16 de enero de 2001
- Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (2001)
- Acuerdos para:
 - ✓ Diseñar entre el Ministerio y la Sociedad una reglamentación para el registro de socios como de sus publicaciones
 - ✓ Incorporar al Departamento de Atención Médica del Ministerio un funcionario con amplio conocimiento en Medicina Nativa a objeto de facilitar las tareas de coordinación entre el Ministerio y la Sociedad.
- Entre otras actividades relacionadas a la vigencia del Vice Ministerio se tiene la organización por la Comisión de la Salud del Parlamento Indígena de América del "Primer Congreso Mundial de Médicos Tradicionales Naturistas en Bolivia", realizado en Marzo 2002 en La Paz, con el apoyo

de la Cooperación Española, la OPS/OMS y otras organizaciones internacionales.

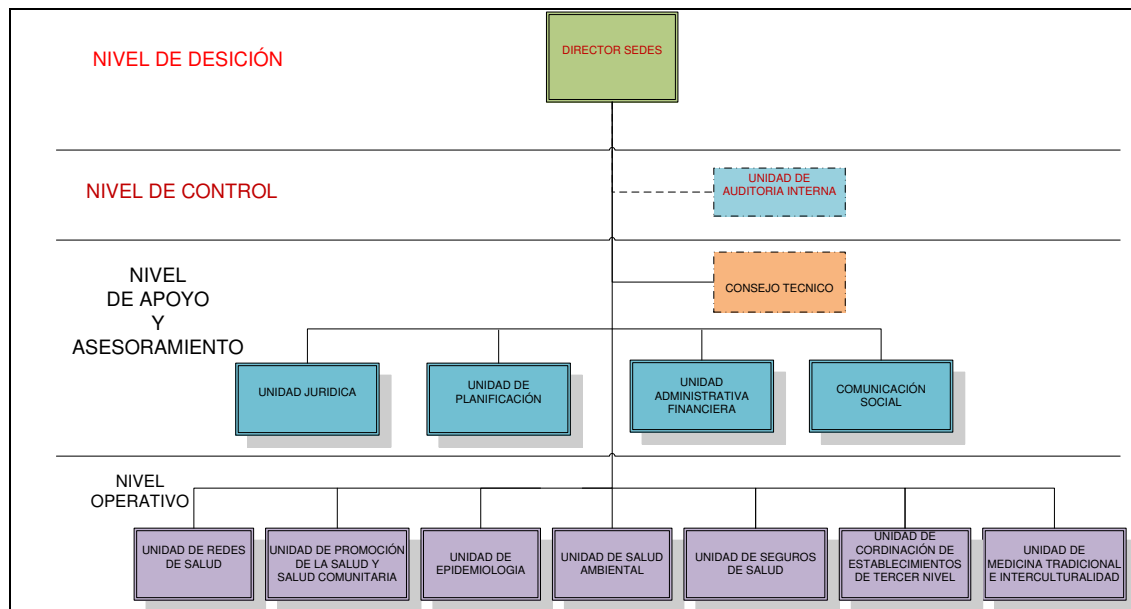
4.8 Situación de la medicina tradicional e interculturalidad Beni

A partir de la entrevista a autoridades de la Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad del SEDES: Sr. Med. Trad. Alfonso Guagama Sarabia y Dr. Florencio Hoyos Rosas, se presenta la situación actual de Medicina tradicional en el SEDES BENI³²:

El SEDES Beni, tiene en su estructura la Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad liderado actualmente por el medico tradicional, Sr. Alfonso Guagama Sarabia, quien es Responsable De La Unidad De Medicina Tradicional, conjuntamente el Dr. Florencio Hoyos Rosas, en calidad de Coordinador de la Unidad Medicina Tradicional SEDES Beni.

Organigrama No. 2

Organigrama aprobado por el consejo técnico SEDES – BENI



Fuente: Hoyos Florencio. "CREACION DE LA UNIDAD DE MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD DEL BENI" Trinidad 2012

32) Informe y entrevista responsables Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad SEDES Beni 2013.

Si bien el año 2009 se crea la dirección de Medicina Tradicional, no se tuvo aceptación, por parte de las autoridades Trinitarias, motivo por el que la Dirección se traslada a la Localidad de San Ignacio de Moxos (Capital folklórica del departamento del Beni), en aquel tiempo a la cabeza del Med. Trad. Rubén Villanueva.

En San Ignacio se logra el apoyo de la cooperación de la ONG Solidaridad Médica Bolivia que apoya económicamente y se logra instalar un consultorio para la atención con medicina natural y tradicional en el tratamiento de la Leishmaniasis en San Ignacio de Moxos, específicamente en el Centro de Salud Vinasirare que funciona con financiamiento de la cooperación española. Se habilitan 2 hectáreas para el funcionamiento del huerto medicinal, que hasta hoy 2013 sigue funcionando.

Los años 2009, 2010 y 2011 esta iniciativa no recibe ningún apoyo institucional ni del SEDES Beni, tampoco del Vice ministerio de medicina tradicional.

Es recién el año 2012 que gracias al apoyo del Director del SEDES Dr. Cesar Alfonso Lijeron Suárez, se realizan todas las gestiones para que se aperture nuevamente la Dirección de Medicina Tradicional, que se inicia con la designación de un personero como responsable departamental de Medicina Tradicional e interculturalidad, además de la designación de un asesor médico Dr. Florencio Hoyos.

De acuerdo al informe presentado en la gestión 2012 (por parte de los responsables) se detalla las actividades realizadas en la gestión 2012.³³

- *Se confecciona la base de datos de los registros de los practicantes de la medicina tradicional e interculturalidad.*

33) Informe responsables Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad SEDES Beni 2012.

- *Se elabora un nuevo POA*
- *Se elabora el proyecto de implementación de la unidad de medicina tradicional*
- *Se logra la introducción de la unidad de medicina tradicional a la estructura del SEDES*
- *Se elabora el proyecto de implementación de un huerto para la extracción de productos forestales no maderables (PFNM)*
- *Se realiza el registro de 99 practicantes en nuestra base de datos y 9 en la base de datos del vice ministerio.*
- *Se conforman los consejos regionales de trinidad y san Ignacio de Moxos y Se posesionan a las mesas directivas y sus coordinadores.*
- *Se confecciona y socializa la historia clínica para la atención de los médicos naturistas y tradicionales*
- *Se han realizado convenios con laboratorios clínicos para el seguimiento de los tratamientos que se aplican.*
- *Se está realizando seguimiento estricto de los pacientes de los médicos naturistas y tradicionales para la obtención de las evidencias respectivas.*
- *Se realizaron dos incursiones al TIPNIS, una en el mes de julio y se llegó hasta la comunidad Oromomo; otra en el mes de setiembre nuevamente hasta Oromomo.*
- *Se realizaron las inspecciones oculares de los predios del ex aserradero “Yuridini” zona Chontal y California y de la estación biológica del Beni, con el fin de gestionar el traspaso de dichos predio a dominio de la medicina tradicional e interculturalidad del Beni para la explotación de los Productos Forestales No Maderables (PFNM)*
- *En el mes de marzo 2012, se elabora el proyecto de implementación de la Unidad de Medicina Tradicional en el Departamento del Beni.: “CREACION DE LA UNIDAD DE MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD DEL BENI”*
- *Para el mes de abril de 2012, se elabora el proyecto de traspaso del fundo “Yuridini” y la estación Biológica del Beni con la argumentación de los PFNM.*
- *“Dotación de una parcela de tierra para la extracción de recursos forestales no maderables (pfnm) usados en medicina natural y tradicional, trinidad agosto de 2012”.*

- *Para el mes de Junio, dentro de los PFNM, se elabora el proyecto de procesamiento del fruto del Cusi para la obtención de todos sus derivados, aceites, destilados y carbón: “INSTALACION DE UN PLANTA PROCESADORA DE CUSI”*
- *Para el mes de septiembre se elabora, dentro de los PFNM, el perfil de proyecto de la explotación semi intensiva de la Vainilla: “PRODUCCION DE VAINILLA EN SEMICULTIVOS FORESTALES”*
- *Se asiste a feria nacional de la medicina natural y tradicional en la ciudad de Cochabamba.*
- *Se asiste a la reunión de los representantes departamentales de la Medicina Tradicional e Interculturalidad en el Municipio de Yotala, departamento de Chuquisaca, donde la delegación del Beni hizo entrega a todos los representantes de los 8 representantes departamentales y el Vice ministerio del proyecto de implementación de la Unidad de Medicina Tradicional e Interculturalidad a nivel departamental para que en base a dicho documento se implementen las diferentes Unidades departamentales y se las adecue a su realidad y entorno.*
- *Se logra asistir a la primera reunión del Consejo Nacional de la Medicina tradicional (CONAMETRA) en la ciudad de Cochabamba, de donde sale el apoyo incondicional a las gestiones realizadas en pos de la elaboración y promulgación de la ley de la Medicina Tradicional así como el fortalecimiento institucional de dicho consejo.*

Este informe también detalla las dificultades encontradas:

DIFICULTADES

- ***La gran dificultad ha sido la articulación de la medicina natural y tradicional con la medicina biomédica o científica.***
- ***Reticencia de la Medicina Galénica en aceptar esta nueva cosmovisión y paradigma de la salud.***
- *Falta de fondos económicos para la realización de actividades como la organización de los consejos provinciales y municipales de la medicina tradicional en el departamento del Beni.*

Este informe también detalla las propuestas:

- ***Se ha propuesto la articulación a través de entidades nosológicas comunes a las dos medicinas.***
- *También se ha propuesto el traspaso de un centro de salud de cada municipio al dominio de la medicina tradicional para que los médicos tradicionales puedan actuar en su conjunto.*

- *Conformación de los consejos Provinciales, Municipales y Comunitarios de la Medicina Tradicional.*
- *Plasmar en la realidad los huertos para la Medicina Tradicional para su explotación dentro de los PFM.*
- *Fortalecimiento institucional de la Unidad de Medicina Tradicional y las Coordinaciones Provinciales con los Coordinadores de Red.*

3. Análisis del problema a intervenir

Si bien el SEDES BENI contempla en su estructura la unidad de Medicina Tradicional e Interculturalidad en la práctica existen las dificultades para la implementación de las políticas, identificadas por los propios responsables de la Unidad:

“DIFICULTADES

- *La gran dificultad ha sido la articulación de la medicina natural y tradicional con la medicina biomédica o científica.*
- ***Reticencia de la Medicina Galénica en aceptar esta nueva cosmovisión y paradigma de la salud.***
- *Dificultades para la realización de actividades como la organización de los consejos provinciales y municipales de la medicina tradicional en el departamento del Beni”³⁴*

Pese a las políticas de salud intercultural establecidas en las leyes del país, el personal de salud no reconoce o desconoce el uso de la medicina tradicional, debido a múltiples factores como la falta de información desde la universidad, falta de formación en salud intercultural, falta de estudios sobre las evidencias del uso de esta medicina, rechazo por sí mismo a los saberes populares “acientíficos”.

Este desconocimiento también se da por la posición política e ideológica que se expresa en el rechazo a las normas con enfoque de interculturalidad y por ende a la política del modelo SAFCI, CPE y otros que se relacionan con el reconocimiento de los saberes ancestrales.

34) Informe y entrevista responsables Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad SEDES Beni 2013.

Se suma a esto la escasa socialización que los médicos tradicionales hacen de sus saberes y la pérdida paulatina de los saberes a niveles de los pueblos.

Por otro lado el escaso valor que se da a la medicina tradicional, repercute en la separación del ejercicio y reconocimiento de ambas medicinas.

La población pierde la confianza ante la medicina moderna, para compartir lo que en la práctica hace para “curar sus males” utilizando la medicina tradicional, sobre todo ante el fracaso terapéutico de la medicina moderna.

Son muy pocos los médicos universitarios que incursionan en la articulación de ambas medicinas, sin embargo también hay recelo de parte del médico tradicional aunque en un 30 % está dispuesto a coordinar e interactuar³⁵

Estas dificultades son analizadas en base a la técnica del árbol de problemas que se presenta en el anexo 1, el mismo que plantea como problema principal:

- .El desconocimiento del uso de la medicina tradicional por parte del personal de salud.

Que deriva de una cadena de factores como:

- Desconocimiento del valor terapéutico de plantas medicinales, porque la Universidad omite la enseñanza sobre plantas medicinales
- Desconocimiento del ejercicio de médicos tradicionales y de la medicina tradicional, debido a que médicos tradicionales y población no divulgan sus conocimientos sobre estas prácticas.
- El personal rechaza el ejercicio de médicos tradicionales, porque la universidad omite el enfoque de salud intercultural.
- Desconocimiento del enfoque de salud intercultural, como efecto del rechazo a la política SAFCI, debido a la demora en la aplicación de la política SAFCI.
- Rechazo de la medicina convencional a la medicina tradicional, con franco desconocimiento de los saberes de los pueblos, como reflejo del desconocimiento de las leyes CPE, SAFCI

35) Resultados línea de base medicina tradicional Tarija 2008

4. Diseño y selección de técnica e instrumentos y fuentes de información

4.1 Tipo de estudio

- a) Según el momento de la intervención en cuanto al tiempo será de tipo **transversal**, ya que abarcará un periodo de tiempo.

- b) **Según la profundidad del análisis**, la intervención será de tipo **experimental**, ya que se introducirá conocimientos y prácticas “nuevas” de la medicina tradicional a la práctica en los servicios de salud.

4.2 La técnica empleada será:

- a) para la **planificación de la intervención** es el **diseño del marco lógico**, que parte del árbol de problemas, luego el árbol de objetivos, que se presentan en anexos 1 y 2 respectivamente.

- b) Para el **análisis e internalización** del enfoque intercultural se recurrirá a la técnica de **talleres: de análisis, de profundización, de capacitación, encuentros, investigaciones, paneles e intercambio de experiencias.**

4.3 Instrumentos Los instrumentos a utilizarse son **guías**:

- a) Metodológicas de los talleres.
- b) De Investigación
- c) De intercambio de experiencias
- d) De encuentros
- e) Programas de encuentros y panel.

5. Relación del proyecto de intervención con lineamientos de la política pública

La presente propuesta de intervención, está directamente relacionada con la nueva concepción de país plurinacional, que a través de la Constitución Política del Estado en los arts. 30, 35, 40, 42 y 304, reconoce el derecho y el reconocimiento de la medicina tradicional además de los arts. 9, 18 y 30 que reconoce la salud intercultural.

Por otro lado y de manera operativa el Ministerio de Salud ha incorporado en su estructura el Vice ministerio de Medicina Tradicional e interculturalidad, que sumado a otros ministerios como el de educación, cultura y justicia entre otros tienen políticas claras sobre la interculturalidad y el reconocimiento de los saberes de los pueblos originarios.

Vale resaltar que entre las principales **objetivos** del Vice ministerio de medicina tradicional e intercultural está: **"implementar un modelo de atención de salud intercultural que complemente la medicina occidental con la medicina tradicional, promoviendo una efectivainterculturalidad en el proceso de salud/enfermedad, donde se enfatice el enfoque socio/cultural, que permita una contribución pública de la medicina tradicional y herbolaria a la población"**

Así mismo el Plan Estratégico del Vice Ministerio de Medicina Tradicional e interculturalidad de Bolivia, plantea entre otros aspectos las funciones del Viceministerio que deberá:

"Diseñar la política de promoción de la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica o universitaria en el marco de la interculturalidad y adecuación étnico - cultural de los servicios de salud." Además del "Diseño de un modelo de atención integral de promoción y fomento de la salud familiar y comunitaria respetando la interculturalidad en las comunidades, suyus, marcas, ayllus, tentas, capitanías y otras territorialidades y formas de gestión política en el país".

También este Plan prevé que el Vice Ministro debe:

- "incorporar prácticas de medicina tradicional en el sistema nacional de salud e implementar un sistema de registro y codificación de terapéutica tradicional y alternativa e, incorporarla a la farmacopea nacional de medicamentos.
- Acreditar los recursos humanos que llevan adelante la práctica de la medicina tradicional y establecer protocolos de normas y procedimientos de la asistencia sanitaria tradicional y alternativa.
- Fomentar la investigación en medicina tradicional e interculturalidad en los servicios de salud y articular las redes de servicios y redes sociales con la práctica de la medicina tradicional.

Entonces **el Vice Ministerio de Medicina Tradicional e interculturalidad de Bolivia**, tiene como **Objetivo general**:

"Lograr que todas las redes de servicios de salud actúen en forma convergente con la medicina tradicional con enfoque intercultural, con equipamiento e infraestructura certificados y con disponibilidad de insumos esenciales para los problemas priorizados en la política de salud"

Los resultados esperados:

a) En cuanto a la implementación de Políticas y normas de salud intercultural se tienen:

“Política de salud intercultural (Ley) implementa en todo el SNS, Guías y protocolos de nutrición, maternidad, AIEPI, SSR, adolescentes adecuados interculturalmente, nuevas inversiones (construcciones y equipamiento) adecuadas a sus contextos.

b) En cuanto a que los proveedores de los servicios de salud responden a criterios de calidad con enfoque intercultural. A través de la "Capacitación permanente con enfoque intercultural, cursos de pre y post grado en todas las facultades de ciencias de la salud. Competencias interculturales del personal fortalecidas y la población conoce, participa organizadamente y decide planes de salud interculturales”

c) Así mismo las Organizaciones Indígenas y pueblos Originarios implementan sus propios planes de salud a través de "Autodiagnósticos perfiles epidemiológicos culturales, planes de salud. (CIDOB, CSUTCB, CONAMAQ

d) Por otro lado las Redes de servicios de salud estarán adecuadas para una atención de calidad con enfoque intercultural, por medio de los “Planes departamentales y de salud intercultural, albergues comunitarios en centros de segundo nivel. Redes aplican protocolos de atención intercultural. Centros de salud con huertos y farmacias mixtas. Médicos y parteras tradicionales articuladas en el trabajo de los centros”

e) Y por último la Medicina Tradicional estará fortalecida y relacionada activamente con el desenvolvimiento del sistema nacional de salud, en base a “investigaciones sobre medicina tradicional con y para médicos tradicionales. Generación de instancias de recuperación y recreación de la medicina tradicional”;

Así también las Bases para el plan Estratégico de Salud 2006 - 2010 establece desafíos para "Elevar la capacidad organizativa y de participación en la conducción de la vida social en la gestión de las instituciones y en la formulación de políticas a fin de asumir de manera consciente y crítica el protagonismo basado en la experiencia conocimientos, destrezas, **identidad cultural, valores. Esto permitirá elevar la conciencia sanitaria de la población, el reconocimiento de los saberes ancestrales de los pueblos originarios**"

Por último **El Modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural SAFCI establecido a través del Decreto supremo No. 29601 del 11 de junio del 2008. Involucra a la persona 'familia y comunidad en la prestación de servicios integrales e interculturales a través de las redes de salud articulándose con la medicina tradicional ancestral tanto en los establecimientos, de salud como en la comunidad.**

Para desarrollar este modelo el Ministerio de salud ha puesto entre sus principales funciones el promover la medicina tradicional y su articulación con la medicina occidental en el marco de la interculturalidad y adecuación cultural de los servicios.

Es así que **“El objetivo del modelo de Salud Familiar Comunitario intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social, reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud y de brindar servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad, además de aceptar, respetar, valorar y articular la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originario campesinos contribuyendo en la mejora de las condiciones de vida de la población.**

También enfatizar los principios de este modelo: La participación integralidad, interculturalidad e intersectorialidad, siendo el principio de la INTERCULTURALIDAD, el diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración de los deferentes saberes y prácticas médicas existentes facilitando la articulación y complementariedad para mejorar la salud.

6- Justificación del proyecto.

El motivo principal para esta propuesta de intervención nace del desconocimiento que los médicos universitarios hacen de las prácticas y conocimientos de la medicina tradicional.

Esta situación hace que en muchos casos los pacientes no tengan la suficiente confianza como para comunicar de sus prácticas tradicionales, por otro lado algunos médicos censuran el uso de la medicina tradicional atentando contra el derecho de los pueblos y contra lo establecido en la política pública de salud y la CPE.

Otra situación que se genera que ante la posibilidad de implementar atención de medicina tradicional en los servicios, los médicos no lo aceptaran fácilmente debido al desconocimiento de esta medicina.

7. Análisis de actores involucrados:

Los actores de esta propuesta se describen a continuación:

**Cuadro No. 3
ANÁLISIS DE ACTORES INVOLUCRADOS**

ACTORES INVOLUCRADOS	DESCRIPCION
Participantes directos	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos y enfermeras de Centros de Salud de la red 01 Trinidad Sedes Beni • Médicos tradicionales registrados y/o certificados por el Sedes Beni. • Autoridades Red 01 Trinidad. • Autoridades de la Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad Sedes Beni. • Vice Ministerio de Medicina Tradicional e interculturalidad. Ministerio de Salud y Deportes
Participantes indirectos	<ul style="list-style-type: none"> • Población indígena, originaria o campesina usuaria que acude a los servicios de salud. • Usuarios que acuden a los servicios de salud.
Oponentes potenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos universitarios que no aceptan la existencia de la otra medicina • Los propios médicos tradicionales que no están interesados en ser integrados al servicio de salud.
Afectados	<ul style="list-style-type: none"> • El más afectado de no realizarse este trabajo es .el modelo SAFCI, que si bien está respaldado por un Decreto Supremo, no hay consenso para su implementación por razones ideológicas
Aliados	<ul style="list-style-type: none"> • Los aliados estratégicos son: La residencia médica SAFCI, el SEDES, a través de la Unidad de salud intercultural y promoción de la salud.

Fuente: Elaboración Propia

Cuadro No. 4
Análisis de involucramiento de los actores

GRUPOS	INTERESES	PROBLEMAS PERCIBIDOS	RECURSOS Y MANDATOS	INTERES EN EL PROYECTO	CONFLICTOS POTENCIALES
Personal asistencial de los centros de salud red 01 Trinidad	Brindar una atención médica eficiente. Calidad total. Mejorar la calidad de vida de la población	Manejo de la enfermedad desde la visión cultural de los usuarios.	Capacitación permanente para el cumplimiento del modelo SAFCI	Aplicación del enfoque intercultural de la salud modelo SAFCI	Rechazo y desconocimiento de los saberes ancestrales
Médicos tradicionales registrados y/o certificados por el Sedes Beni.	Atención de la población demandante con eficiencia.	Rechazo a su práctica profesional	Modelo SAFCI leyes vigentes de respeto y reconocimiento o de saberes de pueblos CPE y otros.	Ejercicio de su profesión gozando del respaldo y reconocimiento del estado Plurinacional	Desinterés de articulación. Falta de condiciones para su ejercicio en los servicios de salud.
Autoridades sanitarias locales y nacionales	Ejecución de políticas de salud.	Ejercicio de labores de salud sin considerar enfoque intercultural	Implementación del modelo SAFCI	Favorecer el enfoque intercultural con el reconocimiento de la medicina tradicional	Falta de presupuesto.
Población	Solución de sus problemas de salud	Rechazo de los médicos a sus prácticas culturales. Falta de comprensión de Las costumbres	Derechos reconocidos en la constitución y otras leyes.	Capacidad y posibilidad de elección entre ambas medicinas.	Costos de la atención, desconfianza e inseguridad

Fuente: Elaboración Propia

8. Contexto o lugar de Intervención

8.1 Geográfica: El proyecto de intervención se desarrollara en la Ciudad de Trinidad, capital del departamento del Beni. :

Trinidad, sección capital de la provincia Cercado, se encuentra situada en la parte Sur Este del Departamento del Beni y a nivel nacional está ubicada en la región Nor-Oriental de la república de Bolivia. Es capital del departamento del Beni.

El municipio de Trinidad cuenta con una superficie 179.838 hectáreas de una figura triangular.

a) Límites Territoriales, el municipio de Trinidad colinda con las siguientes jurisdicciones:

⇒ Al norte con el municipio de San Javier de la misma provincia Cercado.

- ⇒ Al sur con el municipio de San Andrés y Loreto de la provincia Marbán.
- ⇒ Al oeste con el municipio de San Ignacio de Moxos, delimitado por el río Mamoré.

b) La latitud y longitud, del municipio de Trinidad, se encuentra situado entre los 14°45´ de latitud sur y los 64°28´ de longitud oeste.

c) Topografía, el municipio de Trinidad es relativamente plana, así como la ciudad de Trinidad. El punto más alto de la ciudad es la plaza principal con una altura de 155.5 metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m.).

d) Clima, es cálido y húmedo con una temperatura promedio de 26° con fluctuaciones desde 8° hasta 38°. La época fría entre mayo y Julio se caracteriza por vientos fríos de Sur denominados surazos. Los meses de noviembre hasta marzo son los más lluviosos.

8.2 Institucional: Trinidad, es parte de la Red 01 del SEDES Beni, que tienen 8 redes de salud.

**Cuadro No. 5
ESTRUCTURA REDES MUNICIPALES DE SALUD SEDES BENI**

RED		MUNICIPIOS	RED		MUNICIPIOS
1	TRINIDAD	Loreto	4	MAMORE	Puerto Siles
		San Andrés			San Joaquín
		San Javier			San Ramón
		Trinidad	5	YACUMA	Exaltación
San Ignacio	Santa Ana				
2	MOXOS				
3	ITENEZ	Baures	6	BALLIVIAN	Reyes
		Huacaraje			Santa Rosa
		Magdalena			Rurrenabaque
		San Borja			
7	RIBERALTA	Riberalta	8	GUAYARAMERIN	Guayaramerin

Fuente: Proyecto: Creación de la Unidad Departamental de Medicina Tradicional e Interculturalidad del Beni. 2012

La red 01 Trinidad tiene 28 servicios entre 1er., 2do. Y 3er. nivel

Cuadro No. 6
RED DE SALUD 01 TRINIDAD SEDES BENI

No.	Establecimiento	Tipo	Nivel de Atención	No.	Establecimiento	Tipo	Nivel de Atención
1	CIES Trinidad	C. de Salud	1er. nivel	15	Plataforma	C. de Salud	1er. nivel
2	CARITAS Trinidad	C. de Salud	1er. nivel	16	Puerto Almacén	C. de Salud	1er. nivel
3	12 de abril	C. de Salud	1er. nivel	17	San José	C. de Salud	1er. nivel
4	Caja Bancaria	C. de Salud	1er. nivel	18	San Vicente	C. de Salud	1er. nivel
5	Caja CORDES	C. de Salud	1er. nivel	19	Trinidad Central	C. de Salud	1er. nivel
6	Caja de caminos	C. de Salud	1er. nivel	20	Villa Vecinal	C. de Salud	1er. nivel
7	Caja Petrolera	C. de Salud	1er. nivel	21	Pompeya	C. de Salud	1er. nivel
8	Casarabe	C. de Salud	1er. nivel	22	Villa Monasterio	C. de Salud	1er. nivel
9	Cipriano Barace	C. de Salud	1er. nivel	23	Plataforma	C. de Salud	1er. nivel
10	Complejo UAB	C. de Salud	1er. nivel	24	Mangalito	C. de Salud	1er. nivel
11	EPARU	C. de Salud	1er. nivel	25	Hospital COSSMIL	Hospital Básico	2do. nivel
12	Loma Suarez	C. de Salud	1er. nivel	26	Hospital German Busch	Hospital Básico	2do. nivel
13	Nueva Trinidad	C. de Salud	1er. nivel	27	Hospital Materno Infantil	Hospital Básico	2do. nivel
14	Pedro Marban	C. de Salud	1er. nivel	28	Hospital Obrero	Hospital Básico	3er. nivel

Fuente: Proyecto: Creación de la Unidad Departamental de Medicina Tradicional e Interculturalidad del Beni.2012

Para el presente trabajo se tomara en cuenta 13 centros de primer nivel

Cuadro No. 7
CENTROS DE SALUD RED 01 TRINIDAD SEDES BENI
PARTICIPANTES DEL ENFOQUE INTERCULTURAL

No.	Establecimiento	Tipo	Nivel de Atención
1	12 de abril	Centro de salud	Primer nivel
2	Cipriano Barace	Centro de salud	Primer nivel
3	Nueva Trinidad	Centro de salud	Primer nivel
4	Pedro Marban	Centro de salud	Primer nivel
5	Plataforma	Centro de salud	Primer nivel
6	San José	Centro de salud	Primer nivel
7	San Vicente	Centro de salud	Primer nivel
8	Trinidad Central	Centro de salud	Primer nivel
9	Villa Vecinal	Centro de salud	Primer nivel
10	Pompeya	Centro de salud	Primer nivel
11	Villa Monasterio	Centro de salud	Primer nivel
12	Plataforma	Centro de salud	Primer nivel
13	Mangalito	Centro de salud	Primer nivel

Fuente Elaboración propia

8.3 Poblacional: La población involucra a:

a) Médicos y enfermeras: de los 13 Centros de salud.

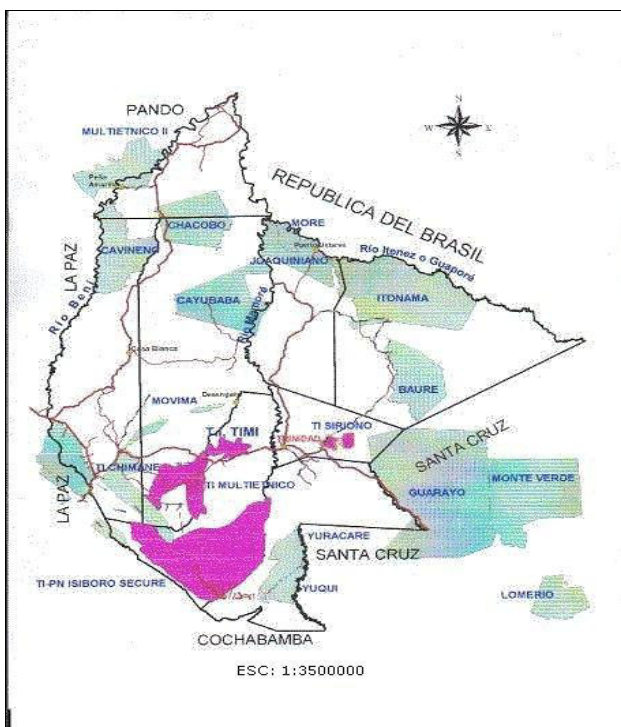
b) Médicos tradicionales: identificados por la Unidad de Medicina tradicional del SEDES Beni

c) Autoridades locales de la red 01 y de la Unidad de medicina tradicional e interculturalidad del SEDES Beni.

8.4 Cultural: El pueblo que radica principalmente en este territorio es el pueblo Mojeño Trinitario, aunque por ser capital de departamento se puede encontrar residentes de los 18 pueblos del Beni, además de pueblos de las zonas altas como quechuas y aymaras.

- *Grupos Étnicos: existen 18 pueblos indígenas³⁶: Mojeños, Canichanas, Cayubabas, Chacobos, Baures, Cavineños, Joaquinianos, Movimas, Moré, Sirionós, Tsimanés, Yuracares, Yuquis, Itonamas, Mosestenes, tacana, pacahuara y ese eja.*

**Cuadro No. 8
MAPA ETNICO DEPARTAMENTO BENI**



36) Proyecto Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad SEDES Beni 2012.

9. Objetivos Los objetivos que plantea la propuesta son:

9.1 Objetivo General: El objetivo general es:

El personal de salud aplica el enfoque de la salud intercultural.

9.2 Objetivos Específicos: El objetivos específico es:

El personal de salud realiza su ejercicio profesional con enfoque intercultural

10. Resultados esperados: Los resultados esperados son:

10.1 El Análisis y reflexión sobre leyes actuales: CPE, modelo SAFCI, derechos de los pueblos, filosofía VIVIR BIEN.

10.2 Elaboración y adaptación de protocolos de atención con enfoque intercultural.

10.3 Aplicación de los protocolos de atención intercultural

10.4 Incorporación de médicos tradicionales a la estructura de los centros de salud

11. Actividades: Las actividades a realizarse según los resultados esperados son:

R1 Análisis y reflexión sobre leyes actuales: CPE, modelo SAFCI, derechos de los pueblos, filosofía VIVIR BIEN.

1.1. Talleres de socialización e interpretación de la política SAFCI.

1.2 Análisis de los alcances del enfoque intercultural.

1.3. Aplicación de la política SAFCI en el enfoque intercultural

R2 Elaboración y adaptación de protocolos de atención con enfoque intercultural.

2.1 Taller análisis y reflexión sobre leyes actuales: CPE, modelo SAFCI, derechos de los pueblos, filosofía VIVIR BIEN.

2.2 Taller estudio protocolos de atención intercultural.

2.3 Aplicación de los protocolos de atención intercultural

2.4 Incorporación de médicos tradicionales a la estructura de los centros de salud

12. Indicadores por la estructura de objetivos

12.1 El 70 % identifica y acepta la nueva legislación relacionada a los derechos y reconocimiento de los saberes de los pueblos.

12.2 El 50 % adaptan los protocolos de atención de salud con enfoque intercultural

12.3 El 30 % aplica los protocolos de atención con enfoque intercultural en su centro de salud.

12.4 El 10 % incorpora a médicos tradicionales en la práctica de atención de salud de su centro

13. Fuente de verificación: Entre las fuentes de verificación que se plantea son las siguientes:

13.1 Registro de participación del personal en los talleres con notas de aprobación de la prueba de conocimientos

13.2 Protocolos de atención incorporados en la atención del enfoque intercultural.

13.3 Resultados mensuales de la aplicación de los protocolos de atención con enfoque intercultural.

13.4 Registro de nombres y/o dirección de los médicos tradicionales y se relaciona profesionalmente con ellos.

14. Supuestos; Entre los supuestos esperados están:

14.1 Permanencia del personal que está capacitado

14.2 Se aprueba legalmente la aplicación de los protocolos de atención con enfoque intercultural

14.3 Hay presupuesto específico para la investigación inter cultural y la medicina tradicional.

14.4 Hay presupuesto para la incorporación en la atención de salud a los médicos tradicionales

15. Análisis de Viabilidad

En la actualidad está vigente el decreto del SAFCI, la Constitución política del estado, Ley de derechos de los pueblos, así como la nueva estructura del SEDES que contempla la articulación entre las dos medicinas, que permitirán la aplicación de esta `propuesta

La Unidad de Medicina Tradicional e Interculturalidad del SEDES Beni y la Residencia Medica SAFCI Beni están interesados en la aplicación de esta propuesta.

16. Análisis de Factibilidad

El análisis de la factibilidad de esta propuesta plantea lo siguiente:

Cuadro No. 9
ANALISIS DE FACTIBILIDAD

Factibilidad Social	Las nuevas leyes pese a ser resistidas tienen que ser paulatinamente aplicadas, pero por otro lado hay una gran población que apuesta por este proceso de cambio social, educativo y en salud.
Factibilidad Cultural/Intercultural	Actualmente se da el reconocimiento de los saberes ancestrales, el respeto de la identidad.
Factibilidad Económica (presupuesto público)	La estructura actual del SEDES y el Ministerio plantea los servicios interculturales
Factibilidad de Género	La articulación de médicos tradicionales incluye a las parteras tradicionales en la misma dimensión para ambos.

Fuente: elaboración propia

17. Análisis de Sostenibilidad del proyecto

Al derivar esta iniciativa del decreto y el marco constitucional, es difícil pensar en su falta de continuidad, sin embargo todo está en que se sensibilice a la medicina académica de “dejar los espacios de poder” y la medicina tradicional de incorporarse y compartir su sabiduría en espacios de salud estatal.

Al estar involucrado en esta problemática la Unidad de Medicina Tradicional e Interculturalidad del SEDES Beni se espera que el presente proyecto tenga sostenibilidad.

18. Impacto esperado del proyecto

El impacto que se pretende con este proyecto es:

Al final la aplicación del enfoque intercultural en los servicios de salud de primer nivel de la red 01 del Sedes Beni, que implica el reconocimiento de las leyes vigentes así como el derecho de los pueblos: valoración de sus saberes ancestrales.

19. Fuente de financiamiento para el presupuesto

Se tiene previsto que el Programa de Medicina tradicional SEDES BENI se involucre de manera firme en este proyecto dado que coincide con su análisis problemático y su plan

estratégico, además de ser un objetivo del Vice ministerio de Salud Intercultural y medicina tradicional del Ministerio de Salud.

Por otro lado la Residencia SAFCI está trabajando en esta línea con la incorporación del enfoque intercultural a través de los médicos SAFCI, por lo tanto se espera que sea otra fuente de aporte partiendo desde los recursos humanos.

Sin embargo también no cabe duda que la cursante y proponente de este proyecto asumirá compromisos económicos en su momento.

20. Bibliografía

La bibliografía consultada para este trabajo es:

- 1) Aguiló, Federico. Enfermedad y salud según la concepción Aymara – quechua (Sucre Biblioteca Nacional de Bolivia 1982)
- 2) R. H Bannermam “Medicina Tradicional en la Moderna Atención de Salud” Foro Mundial de la Salud III. 1982
- 3) Biro de Stern Ana, Medicina de la puna Jujeña. (Santa Fe, s. e . 1975)
- 4) Block David La cultura Reduccional de los llanos de mojos historia de Bolivia Sucre. 1997
- 5) Bogado Egüez, Daniel, Marga Isabel Noé Rosales y Alex Mirko Fabricano yujo. Migración, Pobreza y precariedad legal de terrenos peri urbanos. Estudio de caso de indígenas asentados en el Barrio Pedro Ignacio Muiba en Trinidad Capital del Beni. Programa de investigaciones Estratégicas en Bolivia. Diciembre 2008
- 6) Bosto Jirón. Luis Salud Enfermedad en el Campesino Peruano (Lima: Universidad de San marcos, Facultad de Letras. 1975.
- 7) Constitución Política del Estado Plurinacional del Estado Boliviano
- 8) Declaración Universal de los Derechos Humanos NNUU 1948
- 9) Derechos de los pueblos.
- 10) Decreto Supremo 29601 Salud Familiar Comunitaria e Interculturalt
- 11) Declaraciones publicadas en prensa escrita y pagina web Ministerio de Educación. De Bolivia
- 12) Diagnóstico del municipio de trinidad. UABJB ECOMINGA 2008
- 13) Fernández Cruz, Any Tania. Monografía Diplomado Cosmovisiones y Espiritualidades Trinidad – Beni 2011
- 14) Fernández Juárez Gerardo La Diversidad Frente al Espejo. Salud Interculturalidad y Contexto Migratorio. edic. Abya Yala. Quito Ecuador 2008
- 15) Frisancho Pineda David. Medicina Indígena y popular. (Lima: Juan Mejía Boce, 1978)

- 16) Hoyos, Florencio. "Creación De La Unidad De Medicina Tradicional E Interculturalidad Del Beni" Sedes Beni 2012
- 17) http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/154/html/sec_16.html
- 18) Ibarra Grasso Dick Pueblos Indígenas de Bolivia Ed Juventud La Paz 2da Edic. 1997
- 19) Informe y entrevista responsables Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad SEDES Beni 2013.
- 20) Jordà. Enrique Pueblos Mojos y Su Aportación Al Quehacer Nacional De Bolivia Parroquia de San Ignacio de Moxos 1995
- 21) Lijeron Arnaldo, Introducción a la Historia Amazónica Mojos Beni Trinidad Beni, 1998
- 22) Markus Müller y Innocent Balagizi. Medicina tradicional y moderna: la necesidad de cooperación
- 23) Méndez Manuel, Coordinador, "Orientaciones para la Interculturalidad, Valores culturales dominantes". Universidad Autónoma de Barcelona, Mayo 1997, adaptado por la Dirección de Medicina Tradicional.
- 24) Omonte Gloria. Medidas Tradicionales en el Tratamiento de las enfermedades infantiles (cultura quechua) Tesis de Grado. Carrera de Enfermería UCB Facultad de Enfermería Elizabeth Seton Cbba. 1984
- 25) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Medicina Indígena Tradicional y Medicina Convencional INSTITUTO INTERAMERICANO DE DERECHOS HUMANOS San José – Costa Rica 25 de junio del 2006
- 26) Proyecto Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad SEDES Beni 2012.
- 27) Resultados línea de base medicina tradicional Tarija 2008
- 28) Reyna Pinedo, Víctor. La soba del cuy en la medicina tradicional peruana, 2ª ed., Lima, Perú. 2002
- 29) Riestler APCOB Santa Cruz – Bolivia 2005
- 30) Sal y Rosas Federico. Mitología Médica y Prácticas Médicas. (Quito: s.e. 1966)

- 31) Salud indígena y derechos humanos Unidad tres Articulación de la medicina indígena tradicional
- 32) Secretaría Nacional de Salud de México, Dirección General de Planeación y Desarrollo de Salud, "Interculturalidad en Salud", Síntesis Ejecutiva, México, 2002
- 33) Servicios de Salud Araucaria IX Región. Ministerio de Salud de Chile. Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas. OPS-OMS. Saavedra Chile, 1996
- 34) Tamayo Caballero Carlos Interculturalidad, Una Perspectiva Cualitativa. Tarija Bolivia. 2011-
- 35) Villarroel G. A, Exposición Curso Maestría en Salud Pública Trinidad Beni noviembre 2011

21. Anexos

21.1 Árbol De Problemas

21.2 Árbol De Objetivos

21.3 Cuadro De Análisis De Alternativas

21.4 Mapas de Ubicación del Proyecto

21.5 Cuadro De Valoración De Alternativas Parte 1

21.6 Cuadro De Valoración De Alternativas Parte 2

21.7 Matriz De Planificación Del Marco Lógico

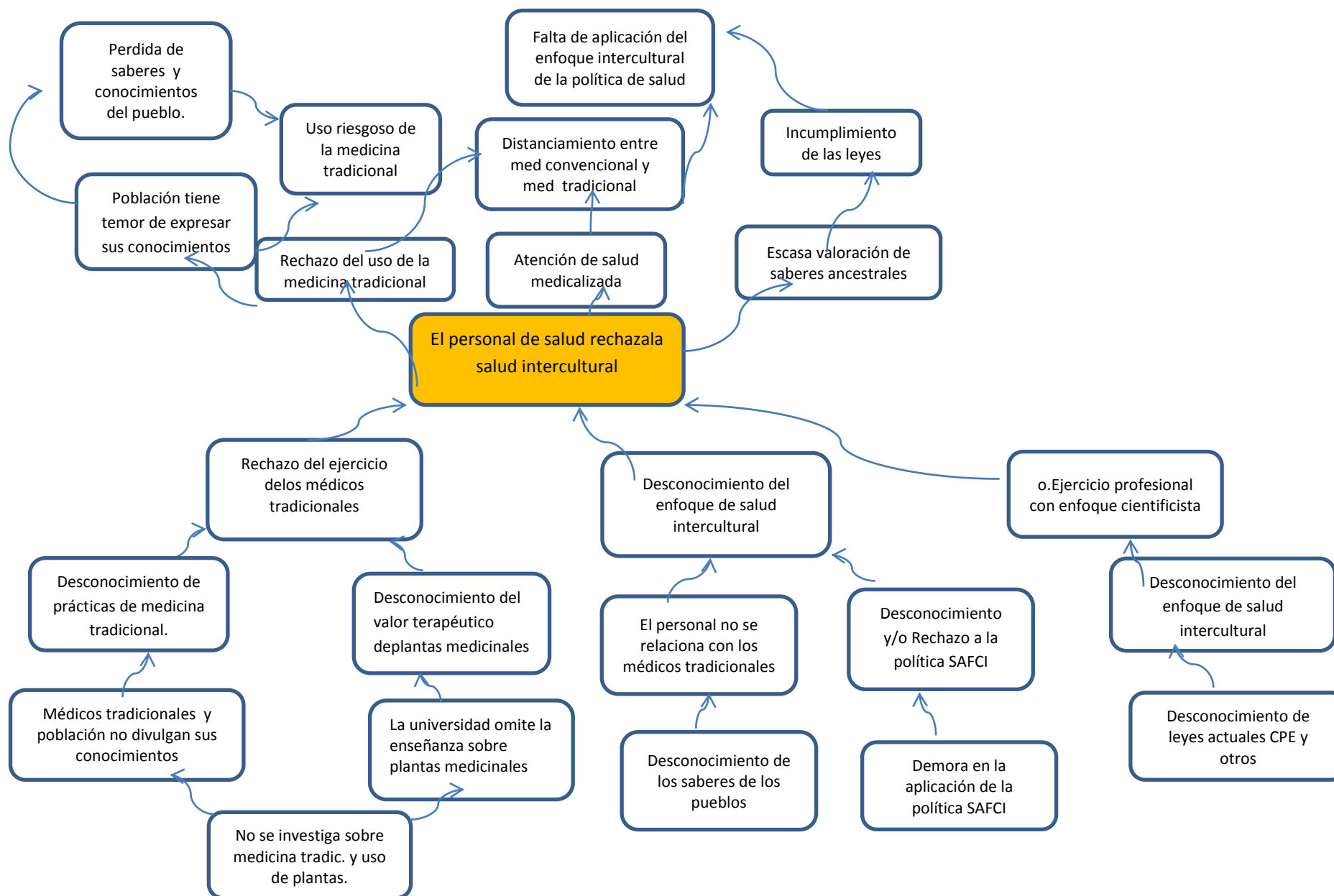
21.8 Plan De Ejecución Del Proyecto

21.9 Sistema De Monitoreo Y Evaluación Del Proyecto

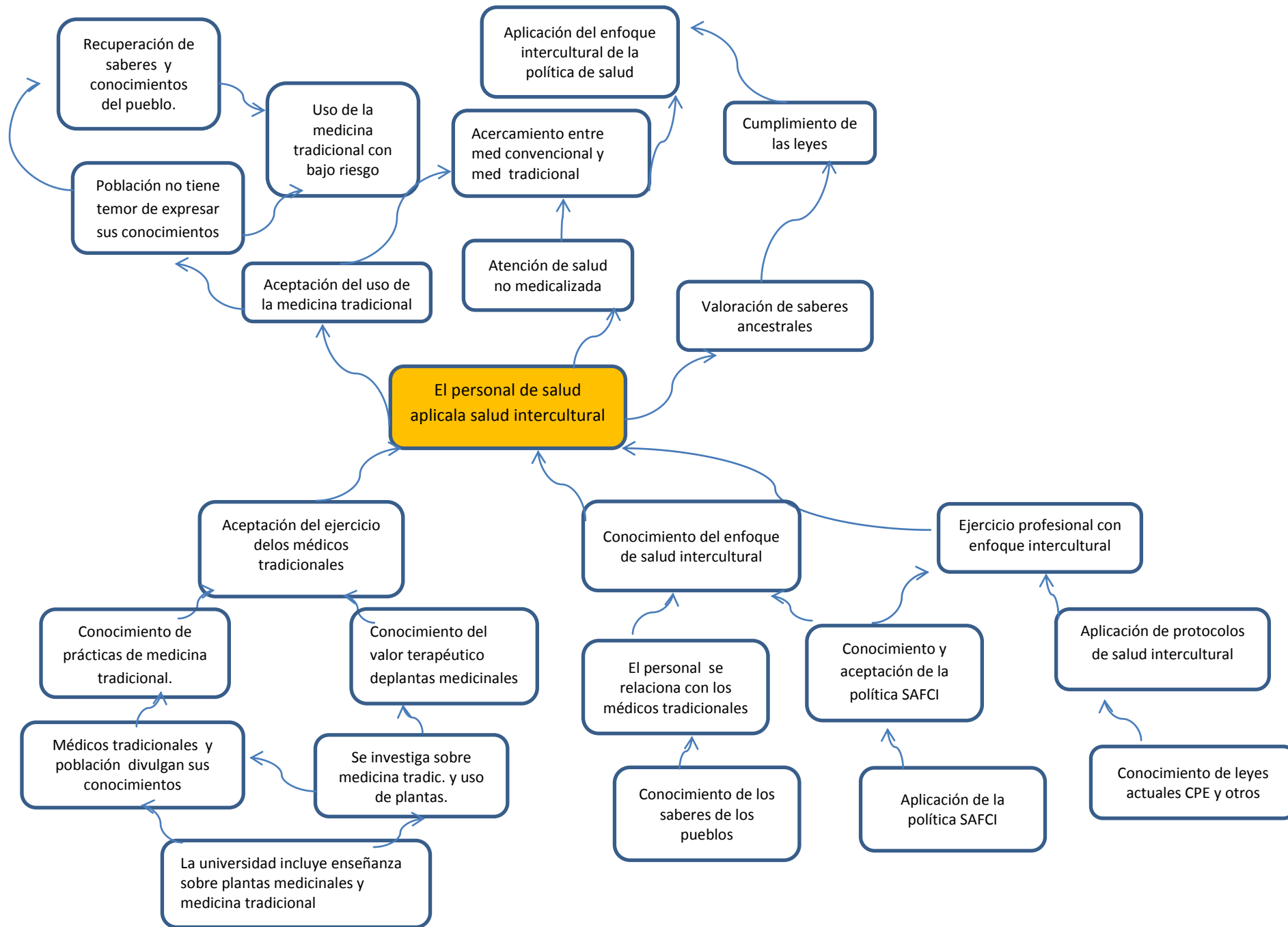
21.10 Presupuesto

ANEXOS

ANEXO No. 21.1. ARBOL DE PROBLEMAS



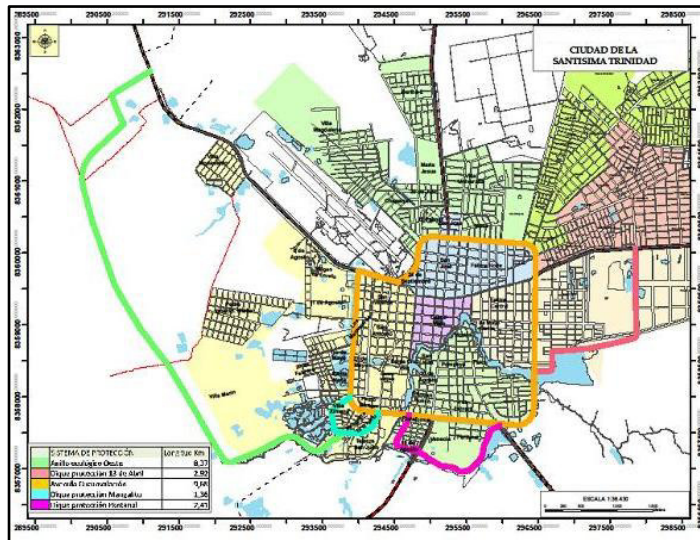
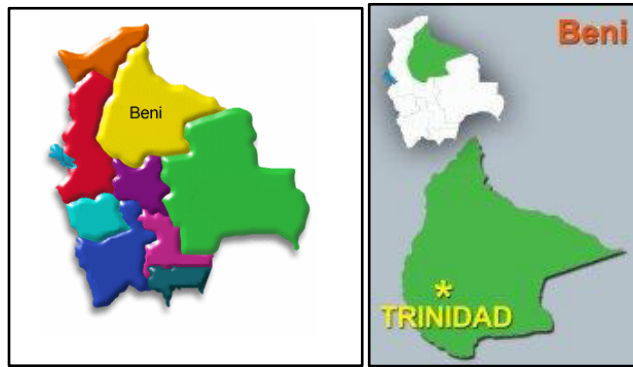
ANEXO No. 21.2 ARBOL DE OBJETIVOS



ANEXO No. 21.3 CUADRO DE ANALISIS DE ALTERNATIVAS

Enfoque	Sub Enfoque	Contenido Actividades	Ejecutor
1. Conocimiento del enfoque de salud intercultural	1.1 Conocimiento y aceptación de la política SAFCI	1.1.1. Talleres de socialización e interpretación de la política SAFCI. 1.1.2 Análisis de los alcances del enfoque intercultural. 1.1.3. Aplicación de la política SAFCI en el enfoque intercultural	Unidad de medicina tradicional e interculturalidad sedes Beni Residencia Medica SAFCI Gerencia de salud Trinidad
	1.2 El personal se relaciona con los médicos tradicionales	1.2.1. Identificación y certificación de médicos tradicionales. 1.2.2. Encuentro de médicos tradicionales. 1.2.3 Intercambio de experiencias. 1.2.4 Valorización de la organización de médicos tradicionales. 1.2.5 Valoración del conocimiento de los saberes de los pueblos 1.2.6 Visita de huertos de plantas medicinales. 1.2.7. Encuentro de médicos tradicionales y médicos académicos	Unidad de medicina tradicional e interculturalidad sedes Beni
2. Ejercicio profesional con enfoque intercultural	2.1 Aplicación de protocolos de salud intercultural	2.1.1. Taller análisis y reflexión sobre leyes actuales: CPE, modelo SAFCI, derechos de los pueblos, filosofía VIVIR BIEN. 2.1.2 Taller estudio protocolos de atención intercultural. 2.1.3 Aplicación de los protocolos de atención intercultural 2.1.4 Incorporación de médicos tradicionales a la estructura de los centros de salud	Unidad de medicina tradicional e interculturalidad sedes Beni Residencia Medica SAFCI Gerencia de salud Trinidad
3. Aceptación del ejercicio de los médicos tradicionales	3.1 Conocimiento de prácticas de medicina tradicional.	3.1.1. Recuperación de experiencias de prácticas de medicina tradicional. 3.1.2 Seguimiento y certificación de efectividad de práctica médica tradicional.(evidencia) 3.1.3. Investigación sobre medicina tradicional. y uso de plantas. 3.1.4. Médicos tradicionales y población divulgan sus conocimientos	Unidad de medicina tradicional e interculturalidad sedes Beni Médicos Tradicionales
	3.2 Conocimiento del valor terapéutico de plantas medicinales	3.2.1. La universidad (Facultades de ciencias de la salud) incluyen investigación y enseñanza sobre plantas medicinales y medicina tradicional	Autoridades locales , nacionales

21.4 Mapas de ubicación del proyecto



ANEXO No. 21.5 CUADRO DE VALORACION DE ALTERNATIVAS PARTE 1

Enfoque	Sub Enfoque	CRITERIO DE COMPARACION				EVALUACION GLOBAL	SELECCIONADO SI NO
		Efectividad	Costo	Eficiencia	Factibilidad		
1. Conocimiento del enfoque de salud intercultural	1.1 Conocimiento y aceptación de la política SAFCI	1	2	1	1	1.25	Si
	1.2 El personal se relaciona con los médicos tradicionales	2	2	2	2	2	Si/no
2. Ejercicio profesional con enfoque intercultural	2.1 Aplicación de protocolos de salud intercultural	1	2	1	1	1.25	SI
3. Aceptación del ejercicio de los médicos tradicionales	3.1 Conocimiento de prácticas de medicina tradicional.	2	2	2	1	1.75	SI/no
	3.2 Conocimiento del valor terapéutico de plantas medicinales	2	3	2	3	2.5	No

Criterios: 1: alta 2: mediana 3: baja

ANEXO No. 21.6 CUADRO DE VALORACION DE ALTERNATIVAS PARTE 2

Sub Enfoque	Contenido Actividades	CRITERIO DE COMPARACION				EVALUACION GLOBAL	SELECCIONADO SI NO
		EFFECTIVIDAD	COSTO	EFICIENCIA	FACTIBILIDAD		
1.1 Conocimiento y aceptación de la política SAFCI	1.1.1. Talleres de socialización e interpretación de la política SAFCI. 1.1.2 Análisis de los alcances del enfoque intercultural. 1.1.3. Aplicación de la política SAFCI en el enfoque intercultural	1	1	3	2	1.75	SI/NO
2.1 Aplicación de protocolos de salud intercultural	2.1.1. Taller análisis y reflexión sobre leyes actuales: CPE, modelo SAFCI, derechos de los pueblos, filosofía VIVIR BIEN. 2.1.2 Taller estudio protocolos de atención intercultural. 2.1.3 Aplicación de los protocolos de atención intercultural 2.1.4 Incorporación de médicos tradicionales a la estructura de los centros de salud	1	2	2	1	1.5	SI
3.1 Conocimiento de prácticas de medicina tradicional.	3.1.1. Recuperación de experiencias de prácticas de medicina tradicional. 3.1.2 Seguimiento y certificación de efectividad de práctica médica tradicional.(evidencia) 3.1.3. Investigación sobre medicina tradicional. y uso de plantas. 3.1.4. Médicos tradicionales y población divulgan sus conocimientos	2	3	2	2	2.25	NO

Crterios: 1: alta 2: mediana 3: baja

ANEXO NO. 21.7 MATRIZ DE PLANIFICACIÓN DEL MARCOLÓGICO

Elementos de la matriz de planificación	Indicadores	Fuentes de verificación	Supuestos/hipótesis
<p>Objetivo general El personal de salud aplica la salud intercultural</p>	El 30 % del personal de salud aplica el enfoque intercultural de la salud, dentro el modelo de SAFCI	Registro de la aplicación del modelo SAFCI en su enfoque intercultural incorporando la medicina tradicional en los servicios.	Se aplica el modelo SAFCI con amparo de la Ley del SUS
<p>Objetivo específico Ejercicio profesional con enfoque intercultural</p>	Al menos el 30 % del personal de salud capacitado en salud intercultural realiza su ejercicio profesional con enfoque intercultural	Registro del uso de la medicina tradicional en la historia clínica de los pacientes.	Se aplica la carpeta familiar para rescatar el enfoque intercultural.
<p>Resultados esperados Análisis y reflexión sobre leyes actuales: CPE, modelo SAFCI, derechos de los pueblos, filosofía VIVIR BIEN. Elaboración y adaptación de protocolos de atención con enfoque intercultural. Aplicación de los protocolos de atención intercultural Incorporación de médicos tradicionales a la estructura de los centros de salud</p>	<p>El 70 % identifica y acepta la nueva legislación relacionada a los derechos y reconocimiento de los saberes de los pueblos.</p> <p>El 50 % adaptan los protocolos de atención de salud con enfoque intercultural</p> <p>El 30 % aplica los protocolos de atención con enfoque intercultural en su centro de salud.</p> <p>El 10 % incorpora a médicos tradicionales en la práctica de atención de salud de su centro.</p>	<p>Registro de participación del personal en los talleres con notas de aprobación de la prueba de conocimientos</p> <p>Protocolos de atención incorporados en la atención del enfoque intercultural.</p> <p>Resultados mensuales de la aplicación de los protocolos de atención con enfoque intercultural.</p> <p>Registro de nombres y/o dirección de los médicos tradicionales y se relaciona profesionalmente con ellos.</p>	<p>Permanencia del personal que está capacitado</p> <p>Se aprueba legalmente la aplicación de los protocolos de atención con enfoque intercultural</p> <p>Hay presupuesto específico para la investigación inter cultural y la medicina tradicional.</p> <p>Hay presupuesto para la incorporación en la atención de salud a los médicos tradicionales</p>

ANEXO No. 21.8 PLAN DE EJECUCION DEL PROYECTO

Actividades	Recursos	Fuentes de los recursos	Condiciones previas
<p>R1 Análisis y reflexión sobre leyes actuales: CPE, modelo SAFCI, derechos de los pueblos, filosofía VIVIR BIEN.</p> <p>1.1. Talleres de socialización e interpretación de la política SAFCI.</p> <p>1.2 Análisis de los alcances del enfoque intercultural.</p> <p>1.3. Aplicación de la política SAFCI en el enfoque intercultural</p> <p>R2 Elaboración y adaptación de protocolos de atención con enfoque intercultural.</p> <p>2.1 Taller análisis y reflexión sobre leyes actuales: CPE, modelo SAFCI, derechos de los pueblos, filosofía VIVIR BIEN.</p> <p>2.2 Taller estudio protocolos de atención intercultural.</p> <p>2.3 Aplicación de los protocolos de atención intercultural</p> <p>2.4 Incorporación de médicos tradicionales a la estructura de los centros de salud</p>	<p>1. Humanos:</p> <p>a) Especialistas en SAFCI.</p> <p>b) Especialistas en medicina tradicional</p> <p>c) Especialistas en metodología de investigación</p> <p>d) Especialistas en encuentros interculturales</p> <p>2. Materiales e insumos</p> <p>Material de escritorio</p> <p>Material bibliográfico</p> <p>3. Equipos:</p> <p>a) computadora</p> <p>b) Data display</p> <p>c) Equipo de sonido</p> <p>4. Económico</p> <p>Costos de gastos para talleres, compra de insumos y materiales</p>	<p>Programa de Medicina tradicional SEDES BENI.</p> <p>Residencia SAFCI</p> <p>Recursos propios de la cursante.</p>	<p>Vigencia del modelo SAFCI D.S. 29601 11 06 2008</p>

ANEXO No. 21.9 SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACION DEL PROYECTO

Elementos de la matriz de planificación	Indicadores	Fuentes de verificación				Utilización de la información	
		Fuentes de datos	Frecuencia de la recopilación	Coste de la recopilación para el proyecto	Responsable de la recopilación por parte del equipo	Fecha/momento de entrega de los informes	Responsable a realizar y presentar los informes
<p>Objetivo general El personal de salud aplica la salud intercultural</p>	El 30 % del personal de salud aplica el enfoque intercultural de la salud, dentro el modelo de SAFCI	Registro de la aplicación del modelo SAFCI en su enfoque intercultural incorporando la medicina tradicional en los servicios.	Mensual	Impresión de formularios SNIS con datos de interculturalidad	Asesor Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad	Hasta el cinco de cada mes	Asesor Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad
<p>Objetivo específico Ejercicio profesional con enfoque intercultural</p>	Al menos el 30 % del personal de salud capacitado en salud intercultural realiza su ejercicio profesional con enfoque intercultural	Registro del uso de la medicina tradicional en la historia clínica de los pacientes.	Mensual	SNIS con datos de interculturalidad	Asesor Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad	Hasta el cinco de cada mes	Asesor Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad
<p>Resultados esperados Análisis y reflexión sobre leyes actuales: CPE, modelo SAFCI, derechos de los pueblos, filosofía VIVIR BIEN. Elaboración y adaptación de protocolos de atención con enfoque intercultural. Aplicación de los protocolos de atención intercultural Incorporación de médicos tradicionales a la estructura de los centros de salud</p>	<p>El 70 % identifica y acepta la nueva legislación relacionada a los derechos y reconocimiento de los saberes de los pueblos.</p> <p>El 50 % adaptan los protocolos de atención de salud con enfoque intercultural</p> <p>. El 30 % aplica los protocolos de atención con enfoque intercultural en su centro de salud.</p> <p>El 10 % incorpora a médicos tradicionales en la práctica de atención de salud de su centro.</p>	<p>Registro de participación del personal en los talleres con notas de aprobación de la prueba de conocimientos</p> <p>Protocolos de atención incorporados en la atención del enfoque intercultural.</p> <p>Resultados mensuales de la aplicación de los protocolos de atención con enfoque intercultural.</p> <p>Registro de nombres y/o dirección de los médicos tradicionales y se relaciona profesionalmente con ellos.</p>	<p>Fin de cada taller</p> <p>Semestral</p> <p>Mensual</p> <p>semestral</p>	<p>Ninguno</p> <p>Impresión de hojas de protocolos</p> <p>Hoja de seguimiento</p> <p>Hoja de seguimiento</p>	<p>Asesor Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad</p>	<p>Posterior a cada taller</p> <p>Hasta el cinco de cada mes</p> <p>Hasta el cinco de cada mes</p> <p>Hasta el cinco de cada mes</p>	<p>Asesor Unidad de Medicina Tradicional e interculturalidad</p>

ANEXO No. 21.10 PRESUPUESTO

Partida	Concepto	Cantidad	Unidad	Precio Unidad	Precio Total
2260	MOBILIARIO				
	mesa computadora	2	mesas		disponible
	silla giratoria	1	silla		disponible
	gavetero	1	silla		disponible
2261	EQUIPOS DE OFICINA				
2262	ELECTRODOMESTICOS				
	DVD	1	dvd		disponible
	televisor	1	televisor		disponible
	retroproyector	2	retroproyector		disponible
2270	EQUIPOS PROCESO INFORMACION				disponible
	computadora	1	unidad		disponible
	impresora	1	unidad		disponible
621	ARRENDAMIENTOS Y CANONES		o		
	sala comunitaria	10	dia	300.00	-3,000.00
623	SERVICIOS PROFESIONALES INDEPENDIENTES				
	AUDITORIA				
	Elaboracion de refirgerio	180	racon	6.00	-1,080.00
627	PUBLICIDAD, PROPAGANDA Y REL. PUBLICAS				
	Invitaciones	200	hojas	5.00	-1,000.00
	folletos	1,000	ejemplares	5.00	-5,000.00
	banner	1	mural	200.00	-200.00
628	SUMINISTROS				
629	OTROS SERVICIOS				
	MATERIAL DE OFICINA				0.00
	material escritorio taller	400	varios	6.00	-2,400.00
	material educativo	400	hojas	1.00	-400.00
	material fotografico	466	folletos		
	feria popular	1	total		
TOTAL					-13,080.00

ANEXO No. 21.11 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6	MES 7	MES 8	MES 9	MES 10
Presentación del plan al SEDES Beni y Red 01 Trinidad	XX									
Coordinación de actividades con SEDES Beni y RED 01	XX									
1.1. Talleres de socialización e interpretación de la política SAFCI.		XX								
1.2 Análisis de los alcances del enfoque intercultural.			XX							
1..3. Aplicación de la política SAFCI en el enfoque intercultural						XX	XX	XX	XX	
2.1Taller análisis y reflexión sobre leyes actuales: CPE, modelo SAFCI, derechos de los pueblos, filosofía VIVIR BIEN.				XX						
2.2 Taller estudio protocolos de atención intercultural.					XX					
2.3 Aplicación de los protocolos de atención intercultural						XX	XX	XX	XX	XX
2.4 Incorporación de médicos tradicionales a la estructura de los centros de salud								XX	XX	XX