

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
UNIDAD DE POSTGRADO
DOCTORADO EN GESTIÓN DE DESARROLLO Y
POLÍTICAS PÚBLICAS



TESIS DE DOCTORADO
**ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS
POBLACIONES INDÍGENAS**

AUTOR: TEOFILO CHOQUE MAMANI

TUTOR: PHD. LUIS TAPIA MEALLA

LA PAZ – BOLIVIA
2023

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
UNIDAD DE POSTGRADO
DOCTORADO EN GESTIÓN DE DESARROLLO Y
POLÍTICAS PÚBLICAS

TESIS DE DOCTORADO

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LAS
POBLACIONES INDÍGENAS

Presentada para la obtención del título de:

PHD en Gestión de Desarrollo y Políticas Públicas

AUTOR: TEOFILO CHOQUE MAMANI

TUTOR: PHD. LUIS TAPIA MEALLA

LA PAZ – BOLIVIA
2023

DEDICATORIA

A Evarista Mamani, la mujer que nos dio la vida
a quince hermanos sin conocer médico,
ni hospital, de los cuales sobrevivimos diez,
que, a sus 93 años, continúa tejiendo sueños
para sus hijos.

INDICE

DEDICATORIA	I
INDICE	II
INDICE DE CUADROS	III
INDICE DE ABREVIATURAS	IV
ABSTRACT	V
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.	4
CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO	4
I.1. MORTALIDAD MATERNA Y NEONATAL EN BOLIVIA.....	4
I.3. MUNICIPIOS CON MAYOR COBERTURA DE PARTO INSTITUCIONAL.....	6
I.4. MUNICIPIOS CON MENOR COBERTURA DE PARTO INSTITUCIONAL	7
CAPÍTULO II.	11
MARCO METODOLÓGICO	11
II.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, OBJETIVOS, HIPÓTESIS Y RELEVANCIA.....	11
II.1.1. ÁREA TEMÁTICA: ESPECIALIDAD Y CAMPO	11

II.1.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	11
II.1.3. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	14
II.1.4. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
II.2. OBJETIVOS	14
II.2.1. OBJETIVO ESPECÍFICO	14
II.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
II.3. HIPOTESIS	15
II.4. RELEVANCIA	15
II.4.1. RELEVANCIA TEÓRICA.....	15
II.4.2. RELEVANCIA PRÁCTICA	15
II.5. VARIABLES	17
II.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	17
II.5.2. VARIABLES DEPENDIENTE.....	17
II.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	17
II.6. METODOLOGÍA, RECURSOS Y TÉCNICAS.....	18
II.6.1. APUNTES METODOLÓGICOS	19
II.6.2. TÉCNICAS	20
II.6.3. ESTUDIO DE CASO	21
II.6.4. RECURSOS.....	21
CAPÍTULO III	22
ESTADO DEL ARTE	22

CUANDO LA SALUD INTERCULTURAL ES UN PRETEXTO PARA NO ATENDER LA SALUD DE LAS POBLACIONES AYMARA Y QHICHA	22
III.1. BARRERAS CULTURALES PARA LA ATENCIÓN EN SALUD	20
III.1.1. BARRERA CULTURAL VISTA DESDE LOS PRESTADORES DE SERVICIO	24
III.1.2. BARRERA CULTURAL VISTA DESDE LOS USUARIOS	25
III.1.3. BARRERA CULTURAL VISTA DESDE LOS INVESTIGADORES	29
III.1.4. DISCUSIÓN SOBRE LA BARRERA CULTURAL	32
III.2. NUNCA ACABADA CONSTRUCCION DEL CONCEPTO DE SALUD INTERCULTURAL	34
III.2.1 LA INTERCULTURALIDAD COMO RESPUESTA A LA INEQUIDAD	36
III.2.2. LA INTERCULTURALIDAD COMO ESTRATEGIA PARA LOGRAR LA IGUALDAD	38
III.2.3. INCORPORACIÓN DE ALGUNAS PRÁCTICAS TRADICIONALES COMO INDICADOR DE INTERCULTURALIDAD	43
III.2.4. CONCEPTO DE SALUD INTERCULTURAL PARA EFECTOS DE LAS POLÍTICAS DE SALUD	45
III.2.5. DISCUSIÓN SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD INTERCULTURAL	47
III.3. CONTEXTO PARA LA FORMULACIÓN DE SALUD INTERCULTURAL	49
III.3.1. OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO	49
III.3.2. DECLARACIÓN DEL DECENIO DE LAS POBLACIONES INDÍGENAS DEL MUNDO	50
III.3.3. ESTUDIOS A NIVEL LOCAL	58

III.3.3.1. QUIÉNES, CUÁNTOS Y DONDE ESTÁN LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE BOLIVIA.....	58
III.3.3.2. MOVILIZACIÓN Y LUCHA POR LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS	60
III.3.3.3. LA MEDICINA TRADICIONAL Y LAS PLANTAS MEDICINALES	62
III.3.4. CAMBIOS EN LA ÉLITE POLÍTICA BOLIVIANA.....	63
III.3.5. CONCLUSIONES DEL CONTEXTO	64
III.4. EXPERIENCIAS EN SALUD INTERCULTURAL	68
III.4.1. IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES DE SALUD INTERCULTURAL....	68
III.4.2. DISCUSIÓN SOBRE SISTEMA DE SALUD E INDICADORES INTERCULTURALES	71
III.5. MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL	76
III.6. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DEL MODELO DE SALUD INTERCULTURAL.....	79
III.7. CONCLUSIONES.....	82
CAPÍTULO IV	87
TRABAJO DE CAMPO.....	87
BUSCANDO RESPUESTAS EN LA VOZ DE LAS MADRES AYMARA Y QHICHWA.....	87
IV.1. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS	87
IV.1.1. ELECCIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	87
IV.1.2. LA MUESTRA	89
IV.1.3. SOBRE LA RECOGIDA DE DATOS	89

IV.1.4. CALIDAD DE LOS DATOS RECOGIDOS	92
IV.2. LA VOZ DE LAS MADRES DE HUMANATA	93
IV.2.1. RESULTADOS DE LA ENCUESTA	94
LA VOZ DE LAS MADRES DE HUMANATA, PRUEBA DE LA AUSENCIA DEL SERVICIO DE SALUD.	98
IV.2.2. DISCUSIÓN.....	105
IV.2.3. CONCLUSIONES	110
IV.3. LA VOZ DE LAS MADRES DE CURVA	112
IV. 3.1. SERVICIO DE SALUD.....	113
IV.3.2. LA MEDICINA KALLAWAYA.....	114
IV.3.3. RESULTADOS DE LA ENCUESTA	116
IV.3.4. LA VOZ DE LAS MADRES DE CURVA, PRUEBA DE LAS BARRERAS QUE LAS SEPARA DEL SERVICIO DE SALUD	119
IV.3.5. DISCUSIÓN, EL SERVICIO DE SALUD EN TERRITORIO KALLAWAYA	126
IV.3.6. CONCLUSIONES Y HALLAZGOS.....	130
IV.4. LA VOZ DE LAS MADRES DEL MUNICIPIO DE ANCORAIMES	133
IV.4.1. SERVICIO DE SALUD	134
V.4.2. RESULTADO DE LA ENCUESTA	135
IV.4.3. LA VOZ DE LAS MADRES DE ANCORAIMES, LA MALA CALIDAD DEL SERVICIO ALEJA A LAS MADRES DEL SERVICIO DE SALUD.....	139
IV.4.4. DISCUSIÓN.....	142

IV.4.5. CONCLUSIONES	146
IV.5. LA VOZ DE LAS MADRES DE TAPACARÍ	146
IV.5.1. SERVICIO DE SALUD	148
IV.5.2. RESULTADOS DE LA ENCUESTA	149
IV.5.3. CONCLUSIONES	152
CAPÍTULO V	155
ESTUDIO DE CASO	155
LA VERDAD Y LA REALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD EN HUMANATA	155
V.1. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN SUMA JAKAÑA	155
V.2. LA REALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD	161
V.3. LA VERDAD Y LA REALIDAD SOBRE EL SERVICIO DE SALUD EN LOS MUNICIPIOS RURALES.....	170
V.3.1. SERVICIO DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA OFICIAL	172
V.3.1.1. EL CENTRO DE SALUD SEGÚN EL GOBIERNO MUNICIPAL.....	172
V.3.1.2. PERSONAL ASIGNADO DE ACUERDO AL SEDES	172
V.3.1.3. LA SALUD SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD.....	175
V.4. CONCLUSIONES.....	175
V.5. LA REALIDAD DEL CENTRO DE SALUD VISTO DESDE EL OBSERVATORIO DEL SERVICIO DE SALUD	176
V.5.1. LOS HALLAZGOS DEL OBSERVATORIO Y VIGILANCIA.....	177
V.5.2. LA ATENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	180
V.6. CONCLUSIONES	182

CAPÍTULO VI.....	185
VI.1 CONCLUSIONES Y VALIDACIÓN DE LA HIPOTESIS	185
CONCLUSIONES.....	185
COMPROBACION DE LA HIPÓTESIS	187
CAPITULO VII	194
RECOMENDACIONES	194
CAPÍTULO VIII	205
BIBLIOGRAFIA	205

INDICE DE CUADROS

TÍTULO DE CUADRO Y GRÁFICOS	Pág.
CUADRO I.1.	
COBERTURA DE PARTO INSTITUCIONAL EN BOLIVIA 1982-2012	5
CUADRO I.2.	
10 MUNICIPIOS CON COBERTURAS MAS ALTAS DE PARTO INSTITUCIONAL	6
CUADRO I.3.	
10 MUNICIPIOS CON COBERTURAS MAS BAJOS DE PARTO INSTITUCIONAL.....	8
CUADRO II.1.	
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	17
CUADRO II.2.	
PORCENTAJE DE LA POBLACION POR DEBAJO DEL NIVEL DE POBREZA.....	55
CUADRO II.3.	
RESULTADOS DE PARTO INSTITUCIONAL DE ACUERDO AL CENSO 2012	80
GRÁFICO IV.1.	
LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS DE HUMANATA	95
GRÁFICO IV.2.	
CAUSAS PARA LA NO ATENCIÓN DE PARTO	96
GRÁFICO IV.3.	
CAUSAS PORQUE LAS MADRES SON ATENDIDOS POR EL SERVICIO DE SALUD	97
CUADRO IV.4.	
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y PERSONAL ASIGNADO (CURVA).....	113

GRÁFICO IV.5.	
CAUSAS POR LAS QUE LAS MADRES DE CURVA NO ASITEN A ESTABLECIMIENTO DE SALUD A ATENDER SU PARTO	117
GRÁFICO IV.6.	
LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS NIÑ@S	118
CUADRO IV.7.	
CAUSAS POR LAS QUE LAS MADRES SE ATIENDEN EN HOSPITAL	119
CUADRO IV.8.	
ASIGNACION DE PERSONAL A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	134
CUADRO IV.9.	
CAUSAS POR LAS QUE LAS MADRES DE CURVA NO ASITEN AL SERVICIO DE SALUD.....	135
CUADRO IV.10.	
LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	137
CUADRO IV.11.	
CAUSAS POR LAS QUE LAS MADRES SE ATIENDEN EN HOSPITAL.....	138
CUADRO IV.12.	
RELACION DISTANCIA, TIPO DE CAMINO Y PARTO INSTITUCIONAL	143
CUADRO IV.13.	
ASIGNACION DE PERSONAL A LOS ESTABLECIMIENTOS	148
CUADRO IV.14.	
LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	150
CUADRO IV.15.	
CAUSAS DE NO ATENCIÓN DE PARTO EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD	151
CUADRO IV.16.	
CAUSAS DE ATENCIÓN DE PARTO EN HOSPITAL	152
CUADRO V.1	
PERSONAL ASIGNADO DE ACUERDO AL SEDES	172

ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
SAFCI.....	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
CEPAL	Comisión Económica Para América Latina
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ODM.....	Objetivos del desarrollo del Milenio
INE	Instituto Nacional de Estadística
SNIS	Sistema Nacional de Información de Salud
CAI	Comité de Análisis de Información
CIDOB.....	Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Cultura, las Ciencias y la Educación
SAPIA.....	Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas
UPEA.....	Universidad Pública de El Alto
AIEPI.....	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
CSUTCB	Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia

SILOS Sistema Local de Salud

CPE..... Constitución Política de Estado

MAS IPSP . Movimiento Al Socialismo Instrumento Político y Soberanía de los Pueblos

MIP Movimiento Indígena Pachacuti

CIDOB..... Confederación Indígenas de Bolivia

TCO Tierras Comunitarias de Origen

SOBOMETRA Sociedad Boliviana de Médicos Tradicionales

UMSA..... Universidad Mayor de San Andrés

DANIDA Agencia de Cooperación Danesa para el Desarrollo

COOPI..... Cooperación Italiana

DS Decreto Supremo

RESUMEN

Palabras clave: Población indígena, parto institucional, salud intercultural, calidad del servicio.

La presente tesis tiene por objeto explicar las causas de las bajas coberturas de parto institucional en las poblaciones rurales de población indígena, considerando la explicación tradicional o dominante, que considera que la inasistencia de las parturientas indígenas a los servicios de salud para atender su parto se debe a razones culturales, sin embargo, después de décadas de aplicación de políticas de salud intercultural los indicadores de parto institucional en poblaciones permanecen bajos. La nueva explicación consiste, producto de la presente investigación, en que las madres indígenas no logran atender su parto por la ausencia y deficiente de la calidad del servicio de salud en poblaciones rurales.

ABSTRACT

Keywords: Indigenous population, institutional delivery, intercultural health, quality of service.

The purpose of this thesis is to explain the causes of the low coverage of institutional delivery in rural populations of indigenous population, considering the traditional or dominant explanation, which considers that the non-attendance of indigenous parturient to health services to attend their delivery is due to cultural reasons, however, after decades of application of intercultural health policies, the indicators of institutional delivery in populations remain low. The new explanation consists, as a result of this research, that indigenous mothers are unable to attend their delivery due to the absence and deficient quality of the health service in rural populations.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna en Bolivia, de acuerdo a publicaciones del ministerio de salud de Bolivia y la OPS/OMS, es de 160 por 100 mil nacidos vivos (OPS/OMS MIN SALUD BOLIVIA, 2018), de acuerdo a la misma fuente “La mortalidad materna es más alta entre las mujeres que viven en zonas rurales y en las comunidades más pobres” (OPS/OMS, 2018), estos indicadores están condicionados por la atención de parto en un servicio de salud.

De acuerdo a la OPS/OMS en Bolivia el año 1982 el promedio de cobertura de parto institucional apenas alcanzaba al 18,9% y de acuerdo al censo de población y vivienda de 2012 se registra un promedio del 67,8%, 80% en áreas urbanas y 40% en áreas rurales, pero en 29 municipios rurales con población indígena, el parto atendido por personal médico no alcanza a cotas de hace 37 años, es decir, no alcanza el 18,9%.

En 1983 el Ministro de Salud Dr. Javier Torres Goitia, para mejorar la cobertura de atención en salud, da inicio en Bolivia, lo que posteriormente se llamará política de salud intercultural, con la inauguración del Hospital Kallawaya Amarete del municipio de Charazani, en el año 2004 el Dr. Fernando Antezana ministro de salud inaugura el Hospital Kallawaya Boliviano Español de Curva, ambas poblaciones pertenecen a la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz, con población qhichwa y aymara y desde hace doce años se aplica a nivel nacional el Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, todas estas acciones tenían como objetivo: La mejora de la atención en salud de la población indígena, la universalización del seguro de salud y eliminación de la exclusión social sanitaria y superar de esta manera el supuesto de la barrera cultural.

Sin embargo, precisamente en los municipios, donde se aplica la salud intercultural desde hace 37 y 17 años respectivamente, el último censo de población y vivienda, reporta que la cobertura de parto institucional en el municipio de Charazani es el 18,3% y en el municipio de Curva el 8,4%, ¿Cómo pasó esto?, ya que precisamente, la política de salud

intercultural se aplica bajo el supuesto de que la baja cobertura de atención en salud en las poblaciones indígenas se debe a las barreras culturales.

La presente investigación tiene como objetivo explicar las causas por las que las poblaciones aymara y qhichwa no asisten a los establecimientos médicos para atender su salud y en particular para atender su parto, para lo cual se plantea la siguiente pregunta como guía de la investigación: ¿Cuáles son las causas o factores que explican los bajos indicadores de atención de salud materna infantil y en particular el bajo índice de cobertura de parto institucional en las poblaciones rurales con población indígena?

Para cumplir con el objetivo del presente trabajo: En principio se construye el objeto de la investigación que se encuentra en el capítulo I, a continuación se realiza lineamientos básicos de metodología donde se formula el problema de investigación, la hipótesis, método y técnicas de investigación, la misma se encuentra en el capítulo II, luego se revisa la bibliografía referida a: 1. Contexto en que se formula la salud intercultural y el problema pretendía resolver, 2. Discusión sobre la salud intercultural y su aplicación, 3. Los resultados de la aplicación de la política de salud intercultural y 4. ¿Cómo se explica los resultados alcanzados?, es lo que contiene el capítulo III.

En el capítulo IV se busca explicar las causas de las bajas coberturas de atención de parto institucional, en base a las respuestas de las madres aymara y qhichwa a una encuesta realizada en el sitio donde viven, a las madres que no asistieron a los establecimientos de salud para atender su parto y a las madres que lo hicieron. El resultado y los hallazgos son importantes ya que desmitifica la creencia generalizada de que, las madres indígenas no acudían a los centros de salud para atender su parto por sus tradiciones culturales, la que se teoriza como barreras culturales y se identifica las verdaderas causas por las que las madres aymara y qhichwa no son atendidos en sus partos por el servicio de salud en los municipios rurales.

En el capítulo V se contrasta y se somete a prueba la percepción de las madres de Humanata respecto al servicio de salud, ¿Es verdad que no existe el servicio de salud cuando requieren las madres? Para la verificación sobre la existencia del servicio de salud se recurre a dos tipos de información: 1. La proporcionada por organismos responsables de la prestación del servicio: Ministerio de salud, el servicio departamental de salud SEDES y los gobiernos municipales, a esta información y los datos proporcionados por los organismos oficiales se llamará la verdad sobre los servicios de salud y 2. Se instala un observatorio en el servicio de salud de Humanata para dar cuenta de lo que ocurre en el centro de salud cada semana y observar el comportamiento de los diferentes factores que constituyen el servicio de salud mediante la observación directa, la información y los datos obtenidos mediante el seguimiento semanal y la observación directa de lo que ocurre en el centro de salud se llamará la realidad del servicio de salud. La verdad y la realidad sobre las causas por las que las mujeres aymara no reciben atención médica en el momento del parto.

El capítulo VI contiene las conclusiones de la investigación y la comprobación de la hipótesis y en el capítulo VII se desarrolla algunas ideas y estrategias a modo de recomendaciones para lograr cobertura universal de atención en salud, especialmente en los municipios rurales que cuentan con población originaria aymara y qhichwa.

A una nueva explicación sobre las bajas coberturas de parto institucional en los municipios rurales del país, es necesario implementar nuevas políticas de salud.

CAPITULO I

CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

I.1. Mortalidad materna y neonatal en Bolivia

Uno de los problemas históricos no superados en Bolivia es la alta mortalidad materna y neonatal, que para el año 2016, de acuerdo al ministerio de salud y la OPS/OMS, la mortalidad materna era de 160 por 100 mil nacidos vivos y la mortalidad neonatal de 15 por 1000 nacidos vivos, que son las más altas entre los países de Sudamérica, según la misma fuente “la muerte materna ocurre en un 42% en el domicilio y el 37% en un establecimiento de salud” y “El 68% de las muertes maternas ocurrió en mujeres con pertenencia étnica. Al respecto, el 36% de muertes correspondió a mujeres quechua y un 28% a mujeres aymara” (OPS/OMS, 2016), por eso la urgente necesidad de estudiar la atención de parto, especialmente la atención de parto en poblaciones aymara y qhichwa de municipios rurales.

160 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos en Bolivia, de acuerdo a la CEPAL, es la más alta entre los países de América del Sur: Chile 9 por 100.000 nacidos vivos, Uruguay 18, Argentina 34, Ecuador 40, Colombia 54, Brasil 64, Perú 70, Venezuela 82 y Paraguay 86 (CEPAL ONU, 2018), con lo cual el país está muy lejos de cumplir los objetivos de desarrollo del milenio ODM, revertir estos indicadores debe ser tarea permanente de las autoridades de salud en los diferentes niveles de gobierno y de las agencias de cooperación.

Si el 42% de las muertes se producen en domicilio, es consecuencia de que la mayoría de los partos en el área rural se producen en domicilio por falta de atención médica, donde reside la población originaria aymara y qhichwa, pero también, el 37% de las muertes maternas se producen en establecimiento de salud, que se conoce como parto institucional, lo cual es un indicador de mala calidad del servicio.

La no atención de parto por ausencia y/o mala calidad del servicio provoca la mortalidad materna y neonatal, lo cual es un problema de la vida real que las mujeres embarazadas

que viven en poblaciones rurales deben enfrentar diariamente, de la que las ciencias sociales deben ocuparse, en especial la ciencia política ya que es producto de la aplicación de políticas sanitarias, razones suficientes para investigar las causas de las bajas coberturas de parto institucional en municipios rurales de población indígena.

Se entiende por “parto institucional a aquel parto atendido dentro del servicio de salud por un personal especializado; donde hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido” (ANDRANGO & GUALÄN, 2014, pág. 2)¹, evento que será objeto de la observación en la presente investigación.

I.1.Cobertura de parto institucional

La cobertura del parto institucional en Bolivia desde el año 1982 a 2012, de acuerdo a la OPS/OMS y el instituto nacional de estadísticas INE, es la siguiente:

CUADRO I.1.

COBERTURA DE PARTO INSTITUCIONAL EN BOLIVIA 1982-2012

AÑO	1982	1992	2001	2012
COBERTURA PARTO INSTITUCIONAL	18,9% *	24,3% **	53,7% ***	67.8% ***
URBANO			70.6%	80%
RURAL			22.1%	40.8%

ELABORACION PROPIA EN BASE A LOS DATOS DEL INE

* OPS/OMS, SAPIA 1993.

**SNIS 1991-1992.

*** INE-CNPV

De acuerdo al informe de la OPS/OMS, reflejado en el cuadro I.1. la cobertura de parto institucional en Bolivia el año 1982 apenas alcanzaba al 18,9% (OPS/OMS, 1993), para el año 1992 el sistema nacional de información en salud SNIS reporta que los partos atendidos en establecimientos de salud son del 24,3% (SNIS, 1992), de acuerdo al censo de población y vivienda de 2001 las atenciones de parto por personal médico es del 53,7% y finalmente el censo de 2012 registra el 67.8%.

Los dos últimos datos muestran que en una década se mejoró en 14 puntos porcentuales, pero se mantiene la diferencia entre el área urbana y rural, la cobertura en las ciudades es

¹ Paredes K. Parto Institucional, actualizado marzo 2012, citado por las autoras.

del 80% en contraste con el 40% en zonas rurales, aunque el último censo muestra una reducción de esa diferencia, en el censo 2001 la brecha fue de 47,5%, mientras que en el censo 2012 es de 39,2%.

A continuación, se revisará de manera comparativa los municipios con mayor cobertura de parto institucional y los municipios de menor cobertura, con el objeto de evaluar sus características.

I.2. Municipios con mayor cobertura de parto institucional

De acuerdo al censo de 2012, de los 339 municipios, solo 160 tienen coberturas superiores al 50% y únicamente el 47,1% de los municipios del país tienen una cobertura de parto institucional superior al 50%, en cambio el 52,9% de los municipios de Bolivia los partos tienen una cobertura inferior al 50%, de los cuales en su mayoría se realizan en domicilio, lo cual es un problema grave de cobertura de atención de salud, si consideramos que está vigente el seguro universal de salud de maternidad y niñez SUS.

A continuación, se muestra los 10 municipios con mayor cobertura de parto institucional.

CUADRO I.2.

10 MUNICIPIOS CON COBERTURAS MAS ALTAS DE PARTO INSTITUCIONAL

RANKING NACIONAL	MUNICIPIO	INDICE DE PARTO INSTITUCIONAL %	AREA	% POBLACIÓN INDÍGENA
1	Santa Cruz de la Sierra	88,50	Urbana	7,95
2	Colkapirua	87,20	Urbana	18,33
3	Portachuelo	86,10	Urbana	4,03
4	Puerto Quijarro	85,20	Urbana	6,95
5	Tarija	84,90	Urbana	6,02
6	Montero	84,80	Urbana	12,93
7	Camiri	84,60	Urbana	11,91
8	Cobija	84,00	Urbana	5,63
9	La Guardia	83,70	Urbana	13,25
10	Cochabamba	83,30	Urbana	21,23

ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS DEL CENSO 2012 DE INE

El cuadro I.2. muestra a 10 municipios con los más altos índices de cobertura de parto institucional, de los cuales seis se encuentran en el departamento de Santa Cruz, dos en el

departamento de Cochabamba, un en el departamento de Tarija y un en el departamento de Pando, en su mayoría son municipios con mayoría población urbana y poca población indígena, a primera vista parece haber una relación entre población urbana y mayor cobertura de parto institucional y población mayoritariamente no indígena y altas coberturas de partos atendidos por personal especializado.

Estos municipios y otros 150 que tienen coberturas superiores al 50% de atención de parto en establecimientos de salud, no serán de preocupación de la presente investigación, se muestra únicamente para ilustrar la distancia entre éstos y los municipios con menor cobertura, algunos de los cuales serán objeto de la presente investigación.

1.3. Municipios con menor cobertura de parto institucional

De acuerdo al último censo 2012 (INE, 2012), de 339 municipios de Bolivia en 179, en su mayoría municipios rurales, tienen coberturas de parto institucional inferior al 50%, en 139 municipios rurales de población originaria y nativa la atención de parto en establecimientos de salud es menor al 40%, de los cuales en 96 municipios el parto atendido por personal especializado no alcanza al 30% y por último en 40 municipios es inferior al 20%.

En estos municipios el estado y los tres niveles de gobierno no cumplieron con las metas de los objetivos del desarrollo del milenio ODM, ni la política de salud intercultural llevo atención médica a las áreas rurales de población aymara y qhichwa, ya que la interculturalidad en la salud, se habría diseñado y aplicado en municipios con poblaciones indígenas, con el argumento de que las bajas coberturas de atención en salud encontrarían sus causas en las diferencias culturales entre los médicos y las pacientes indígenas, por eso, una nueva explicación, de por qué en 29 municipios con población indígena la cobertura de parto institucional está en cotas inferiores al del año 1982, es urgente y necesario, no solo para encontrar una explicación de los factores que contribuyen a tales resultados, si no, sobre todo para formular nuevas políticas públicas que resuelvan ese problema.

Esto no es solamente un problema para la investigación de la ciencia política y salud pública, es, además, un problema de derechos humanos, de gestión pública, de políticas públicas y de salud pública.

A continuación, se muestra a 10 municipios que tienen las más bajas coberturas de parto institucional:

CUADRO I.3.

10 MUNICIPIOS CON COBERTURAS MAS BAJOS DE PARTO INSTITUCIONAL

RANKIN	MUNICIPIO	% PARTO INSTITUCIONAL	AREA	% POBREZA	% POBLACIÓN INDÍGENA
330	Yaco	14,80	Rural	89,90	74,30
331	Ichoca	14,80	Rural	91,60	63,09
332	Tocopaya	14,40	Rural	92,60	93,23
333	Caripuyo	14,20	Rural	88,80	90,32
334	Mocomoco	14,20	Rural	90,90	89,20
335	Arque	14,00	Rural	95,40	96,29
336	Tapacarí	13,50	Rural	94,90	92,33
337	Ancoraimes	13,00	Rural	88,50	87,23
338	Curva	8,40	Rural	88,50	93,23
339	Humanata	8,00	Rural	95,00	93,38

ELABORACIÓN PROPIA EN BASE DATOS DEL CENSO 2012 DEL INE

El cuadro I.3. muestra a 10 municipios que ocupan los últimos lugares en cobertura de parto institucional, los partos atendidos por personal médico en esos municipios no alcanzan al promedio nacional de partos atendidos por personal especializado en el año 1982, son municipios rurales, con población mayoritariamente aymara o qhichwa y con índice de pobreza superior al 70%.

De los 10 municipios, seis municipios se encuentran en el departamento de La Paz, cinco con población aymara y un con población qhichwa, tres pertenecen al departamento de Cochabamba con población qhichwa y un al departamento de Potosí también de población qhichwa.

La población de esos municipios es de mayoría indígena, que bordea el 90%, a primera vista pareciera haber una relación, por un lado, entre población indígena y baja cobertura de atención de parto institucional y por el otro, entre población rural y baja atención de parto atendido por personal especializado.

Otra característica común de la población de los 10 municipios es su nivel de pobreza, el porcentaje de pobres es superior al 87,26%, también se podría encontrar una relación entre pobreza y baja cobertura de parto institucional.

Si bien los indicadores muestran una coincidencia entre cobertura de parto institucional y población indígena, para encontrar una relación sería necesario validar con otros municipios rurales con población no indígena, entonces una comparación de un municipio rural con población indígena con otro municipio rural con población no indígena, confirmaría si existe una relación entre población indígena rural y cobertura de parto atendido por personal especializado, dado que es difícil encontrar un municipio rural en territorios qhichwa y aymara con población no indígena, esa tarea será imposible y por tanto para este trabajo, la relación encontrada por las investigaciones existentes, entre población indígena y parto institucional simplemente será considerada como una hipótesis para trabajos posteriores.

El por qué las bajas coberturas de parto institucional en municipios rurales con mayoría población aymara o qhichwa requieren una explicación, si se considera sobre todo los resultados a más de una década de aplicación de la política de salud intercultural, ya que ésta se había implementado para superar la supuesta barrera cultural entre el servicio médico y la población indígena. La presente investigación permitirá verificar si existe una relación entre población aymara y qhichwa y baja cobertura de parto institucional o simplemente es una coincidencia o por el contrario existen otros factores que inciden en la atención de partos en los establecimientos de salud del área rural y que no fueron identificados, por los estudios sobre salud materno infantil en poblaciones rurales de Bolivia.

Para realizar una explicación sobre las bajas coberturas de parto institucional en municipios rurales de población aymara y qhichwa, se realizó encuestas a madres en cuatro municipios, dos con población aymara y dos con población qhichwa, municipios que ocupan los últimos lugares en cobertura de parto institucional: Humanata y Ancoraimes con población aymara, Curva y Tapacarí con población qhichwa.

Para validar las encuestas se realizó entrevistas de profundidad en dos municipios Humanata y Curva y se realiza un estudio de caso en un municipio de Humanata, debido a que ocupan los últimos lugares, para verificar si las percepciones de las encuestas corresponden a la realidad de los servicios de salud de esos municipios, dado que las percepciones de la población no siempre coinciden con la realidad.

Hay un consenso entre las autoridades de los diferentes niveles de gobierno, nacional, departamental y municipal, los actores políticos, sociales, la academia, organismos internacionales e incluso los líderes de las comunidades originarias, la pertinencia de la aplicación de políticas llamadas interculturales y en caso de salud, con mayor razón todavía, porque hoy nadie discute el supuesto de que “Las mujeres indígenas no asisten a los establecimiento de salud para atender su parto por las barreras culturales”, el problema es que las llamadas políticas de salud intercultural no mejoraron significativamente los indicadores de parto atendido por servicio de salud y cuando hay consenso de una sociedad a pesar de los malos resultados, hay un problema de capacidad de conocimiento de la sociedad que se traduce en déficit de formular desde el estado políticas públicas eficaces.

En ese sentido, la presente investigación tiene como objeto de estudio la política de salud intercultural, los resultados de su aplicación en el indicador de parto atendido en establecimientos de salud, su impacto en la vida de las madres aymara y qhichwa que residen en poblaciones rurales, explicar el porqué de los resultados adversos a los fines de la política de salud intercultural y a pesar del fracaso, por qué el apoyo casi unánime de dicha política por parte del estado y la sociedad.

CAPITULO II

MARCO METODOLOGICO

II.1. Problema de investigación, objetivos, hipótesis y relevancia

II.1.1. Área temática: especialidad y campo

4.6.4. Especialidad: Ciencias Políticas

4.6.5. Campo: Política Sanitaria

II.1.2. Tipo de investigación

4.6.6. Por el Objetivo: Explicativa

4.6.7. Por el método: Aplicada

II.1.3. Problema de la investigación

Las bajas coberturas de atención en salud materno-infantil en poblaciones rurales e indígenas de Bolivia es el resultado de la aplicación de políticas de salud, sistemas y modelos de atención excluyentes, que marginan a las poblaciones aymara y qhichwa, que se reflejan en los siguientes indicadores: mortalidad infantil, mortalidad materna y atención de parto institucional², este último indicador muestra la abismal diferencia entre municipios urbanos con poca población indígena y municipios rurales con mayoría población indígena.

Los cuatro municipios con mayor cobertura de parto institucional de acuerdo al censo de 2012, son municipios urbanos con escasa población indígena: Santa Cruz de la Sierra con 88,50%, Colcapirhua con 87,20%, Portachuelo con 86,10% y Puerto Quijarro con 85,20%, en cambio los cuatro municipios con menor cobertura de parto institucional son municipios rurales

²Se toman estos indicadores porque desde la aplicación del Seguro Básico de Salud SBS en el año de 1994 y luego Seguro Universal Materno Infantil SUMI, los niños menores de cinco años y madres cuentan con seguro de salud pudiendo atenderse en los centros de salud público de manera gratuita,

con población de mayoría indígena: Humanata con 8,00%, Curva con 8,40%, Ancoraimes con 13.00% y Tapacarí con 13.50%.

Las bajas coberturas de atención en salud materno - infantil en los municipios rurales con población indígena, además de ser un problema teórico, ya que es necesaria una explicación coherente el ¿Por qué las mujeres indígenas no asisten a los establecimientos de salud para tener su parto? o ¿Por qué el sistema de servicio de salud público no logra proveer el servicio a las mujeres indígenas del área rural?, es un problema de la vida real que enfrentan todos los días las madres de las poblaciones rurales del país, que requiere una solución urgente.

El fracaso en los resultados de la aplicación de las políticas de salud de los sucesivos gobiernos del país, es también un fracaso de la academia de ciencias políticas y salud pública, al no proveer una explicación acertada sobre las causas y factores que impiden a las mujeres indígenas que residen en zonas rurales asistir a los establecimientos de salud para atender su parto o encontrar las causas por la que el servicio de salud en esos municipios no atiende la salud y el parto.

Las explicaciones existentes provienen de los organismos internacionales y organismos no gubernamentales, que se resume en las palabras del representante de la OPS/OMS en Bolivia del año 2010, Critian Darras señala: (Ramirez H. S., Calidad de Atención en Salud, 2010) “En efecto, la diferencia cultural pareciera explicar muchas de las barreras observadas en el acceso a los servicios de salud, y obviamente lo explica en buena medida.”

Con el argumento de que los resultados de atención en salud se deben a factores culturales, referidos sobre todo, a que el personal de salud no habla el idioma de las pacientes lo cual derivaría en una atención inadecuada, como consecuencia del cual preferirían atenderse con los médicos tradicionales, ésa sería la causa de las bajas cuberturas de atención en

salud y como respuesta se formula la política de salud intercultural en Bolivia, que según Susana Ramírez: (Ramírez, 2010, pág. 63) “Fue la cooperación internacional la que introdujo el concepto de interculturalidad que, se caracteriza por replicar modelos de un país a otro”, el sistema de salud boliviano desde 2008 ha incorporado la medicina tradicional con el objetivo de incrementar la cobertura y superar los factores culturales que dificultarían el acceso a los servicios de salud de la población *aymara* y *qhichwa* y otros pueblos indígenas, a lo que se ha denominado salud intercultural.

Según la investigación realizada por Susana Ramírez, (Ramírez, 2010) en los establecimientos de salud intercultural de las ciudades de El Alto y Potosí y en los municipios de: Curva, Patacamaya y Tinquipaya, donde habitan población aymara y qhichwa, llega a la conclusión de que la presencia de médicos tradicionales en los establecimientos de salud, no mejoran las coberturas de atención y que la inasistencia de la población *aymara* y *qhichwa* del altiplano a los establecimientos de salud, se debe a la mala calidad de atención de los servicios de salud, conclusión que permite deducir que las coberturas de atención de salud estarían relacionados con la calidad de atención en salud, más que con factores culturales.

Sin embargo, las conclusiones de Susana Ramírez no son suficientemente convincentes, para que los diseñadores de políticas de salud puedan reorientar en la mejora de la calidad del servicio, a pesar de las recomendaciones realizadas por la autora y por los resultados oficiales del censo de población y vivienda del año 2012, las autoridades de salud continúan con la aplicación de la política de salud intercultural, con el discurso de mejorar las coberturas y los indicadores de salud, sin éxito en los resultados.

Para confirmar o rebatir que las bajas coberturas de atención en salud en municipios rurales con población indígena se deben a barreras culturales, se realizará una investigación experimental en cuatro municipios rurales con población aymara y qhichwa mediante una encuesta a las madres que no asistieron a los establecimientos de salud para atender su parto y madres que asistieron a los centros de salud.

En caso de concluir que las bajas coberturas de parto institucional en municipios rurales de población aymara o qhichwa, no son condicionados por factores culturales, se busca otras causas que expliquen la baja cobertura de atención de partos por los servicios de salud y en caso de confirmarse los supuestos de barrera cultural se buscará identificar las causas de su fracaso, para la cual se plantea la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son las causas o factores que explican los bajos indicadores de atención en salud materno infantil y en particular el bajo índice de cobertura de parto institucional en las poblaciones rurales con población indígena?

II.2. Objetivos

II.2.1. Objetivo general

Explicar las causas por las que la mayoría de las mujeres aymara y qhichwa, que contando con un seguro de salud materno infantil, no acuden a los establecimientos de salud para la atención de parto.

II.2.2. Objetivos específicos

- a) Identificar los factores por las que las mujeres aymara y qhichwa del área rural no asisten a los establecimientos de salud para recibir atención especializada en el momento de parto.
- b) Evaluar los resultados de los indicadores de salud producto de la aplicación de la política de salud intercultural en los municipios con población mayoritaria aymara y qhichwa.
- c) Analizar la incidencia de los factores culturales de las pacientes y del personal médico en las coberturas de atención en salud materno -infantil.
- d) Analizar la incidencia de la calidad de atención en los establecimientos públicos de salud en las coberturas de atención de parto.

II.3. Hipótesis

Los indicadores de cobertura de atención de salud materna e infantil en municipios rurales de población aymaray quichwa están condicionados por la calidad de atención en los servicios de salud público más que por factores culturales.

II.4. Relevancia

II.4.1. Relevancia Teórica

La relevancia teórica consiste en identificar las causas y factores por las que el 60%, en promedio, de las mujeres aymara y qhichwa que viven en el área rural, que, contando con un seguro de salud, sistema único de salud SUS no son atendidos en los establecimientos públicos de salud y explicar por qué el modelo de atención de salud pública en Bolivia y la política de salud intercultural no logra atender el parto de las madres de las poblaciones indígenas.

Una explicación del ¿Por qué en 139 municipios rurales la cobertura de parto institucional no alcanza al 40% y por qué en 29 municipios la atención de parto por personal calificado está por debajo del 18,9%, cotas inferiores a los del año 1982, donde se aplica la política de salud intercultural desde hace más de 12 años, será una contribución a las ciencia: de salud pública, políticas públicas y gestión de desarrollo, incrementará la capacidad explicativa del impacto del modelo de salud intercultural en las poblaciones nativas de Bolivia, de igual manera aumentará la capacidad de la sociedad de formular políticas de salud que provean atención de parto de manera universal.

II.4.2. Relevancia práctica

La explicación dominante y de consenso señala que la baja cobertura de atención de parto institucional en sociedades con población indígena se debe a factores culturales de las pacientes, por eso, desde hace tres décadas se viene implementando la política de salud intercultural, que según los datos revelan que los indicadores de salud no han sufrido

mejoras significativas, poniendo en duda que las causas de la baja cobertura serían factores culturales y en consecuencia, se estarían implementando políticas erróneas de salud y manteniendo excluidas a un 60% de madres de la atención de parto por personal especializado, debido a un error en el diagnóstico y en la explicación sobre las causas de la baja cobertura de parto institucional en poblaciones indígenas, producto del cual Bolivia tiene aún la tasa de mortalidad materna más alta de Sud América 160 por 100 mil nacidos vivos y una tasa de mortalidad neonatal de 15 por 1000 nacidos vivos (OPS/OMS MIN SALUD BOLIVIA, 2018). Una explicación correcta daría lugar a recomendaciones sobre nuevas políticas de salud, más eficaces en la mejora de cobertura de atención en salud y la atención de parto.

Este tipo de investigaciones son necesarias y requeridas por los gobiernos municipales, departamentales y nacional, autoridades ejecutivas y legislativas, organismos internacionales y organismos no gubernamentales que tienen como misión cumplir los objetivos del desarrollo del milenio ODM, en materia de salud materna, “reducir la tasa global de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos” hasta el 2015, ya que a su vez, según el mismo organismo, “la mortalidad materna es más alta entre las mujeres que viven en zonas rurales y en las comunidades más pobres” (OPS/OMS, 2018), lo que es un reto para los organismos estatales e internacionales, optimizar la inversión pública y la inversión en salud pública en particular, esa es la importancia de la presente investigación.

Las ciencias sociales deben ayudar a comprender y explicar los problemas reales de la sociedad y no mantenerse indiferentes ante la muerte de madres y neonatos por falta de atención médica y desde la ciencia política contribuir con herramientas e instrumentos para mejorar la planificación y el diseño de políticas de salud, del sistema de salud pública y modelos de atención más eficaces y optimizar la inversión de recursos públicos en un escenario de escasez permanente, de esta manera el conocimiento científico contribuirá a resolver los problemas cotidianos de la sociedad.

II.5. Variables

II.5.1. Variable dependiente:

Cobertura de atención en salud materna e infantil en poblaciones indígenas en áreas rurales.

II.5.2. Variables independientes:

- a) Calidad de atención en los servicios de salud públicos, que condicionan la mejora en la cobertura de atención en salud.
- b) Factores culturales de la población aymara y qhichwa, que influyen en la asistencia o inasistencia de la población a los establecimientos de salud en busca de atención en salud.

II.5.3. Operacionalización de variables

CUADRO II. 1
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

IRA. VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADORES	FUENTES
Calidad de atención en salud.	<ul style="list-style-type: none">-% de resolución en el servicio público de salud a todas las aseguradas por el SAFCI.-Existencia de infraestructura.- Existencia de equipamiento y ambulancia.- Insumos y medicamentos disponibles en el momento de atención.-Existencia del personal cuando las pacientes la requieren.-% de personal necesario y capacitado.	<ul style="list-style-type: none">-Registro de atención prenatal, parto y postparto en los establecimientos de salud y el SNIS.-Informes de las autoridades responsables de proveer el servicio.-Existencia de farmacia institucional-Encuesta de beneficiarios-Cronograma del personal de salud.-Encuestas a los y las usuarias.

2da. VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADORES	FUENTES
Factores culturales de la población beneficiaria.	-% de la población que habla idioma aymara y qhichwa. -% de mujeres que tuvieron parto en domicilio con atención de parteras, porque el personal del centro de salud no habla aymara. - % de mujeres que no asisten al establecimiento porque no está de acuerdo con las prácticas de la biomedicina.	-Censo de la población y vivienda 2012. -Boletas de encuesta. -Boletas de encuesta.

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES	FUENTES
Coberturas de atención de parto.	-% de parto institucional. -% de atención prenatal. - % de parto en domicilio	-Registro en el establecimiento de salud y el Sistema Nacional de Información de Salud. -Boletas de encuesta.

II.6. Metodología, recursos y técnicas

El diseño y el desarrollo de la investigación se realizó en el marco de las recomendaciones metodológicas realizadas por el profesor Andrés Alejandro Santana Leitner (Santana, 2013) y los autores Gary King, Robert O. Keohane y Sidney Verba (G.King, R.Keohane, S.Verba, 2000), las cuales son las más adecuadas para investigaciones de políticas de desarrollo y políticas públicas, recoger datos e información de primera fuente dónde se originan los problemas o donde la población sufre los problemas, sistematizarlas y explicar sus causas e inferir conclusiones generales válidas para solucionar esos problemas.

II.6.1. Apuntes metodológicos:

La presente investigación parte de los datos e indicadores cuantitativos sobre el acceso a los servicios de salud de las poblaciones indígenas producidos por las investigaciones e informes oficiales de las entidades encargadas de medir las coberturas de los servicios públicos, como es el sistema nacional integrado de salud SNIS dependiente del ministerio de salud e instituto nacional de estadística INE, pero para explicar las variaciones de esos indicadores se vale de pruebas cualitativas de pocas observaciones, cuatro municipios rurales de población indígena y los datos se recogen a través de encuestas, entrevistas de profundidad, pero también se utiliza pruebas de tipo cuantitativo, reportes del SNIS y CAI y tabulación de la encuesta, por tanto la investigación es fundamentalmente de tipo **cualitativo**, combinando con métodos de tipo cuantitativo.

Al partir de un número reducido de casos observables se realiza inferencias descriptivas, causales y explicativas válidas que puedan reproducirse y generalizarse y en consecuencia la investigación es de carácter **descriptivo** y **explicativo**.

Para realizar la investigación se utiliza métodos y técnicas de recogida de datos explícitos y **públicos**, como la encuesta y las entrevistas de profundidad, que permita comprobar o refutar sus conclusiones y en ese sentido la investigación es **reproducible** y **refutable**.

Otra característica de la investigación es que parte de una pregunta importante para el **mundo real, 538 muertes por año el último dato disponible por el ministerio de salud y la OPS/OMS** (OPS/OMS MIN SALUD BOLIVIA, 2018) y aportará a las ciencias políticas, políticas públicas y gestión pública con una explicación sobre el impacto de la política de salud intercultural en las poblaciones indígenas de áreas rurales de Bolivia, lo que incrementará la capacidad de la sociedad de resolver un problema histórico no resuelto.

II.6.2. Técnicas

Encuestas: La información se recoge en boletas de encuesta redactadas en dos idiomas, los encuestadores hablan los dos idiomas y las preguntas se realizaron en el idioma más cómodo y comprensible para las encuestadas, en muchos casos se ha realizado combinando los dos idiomas, en el equipo de encuestadores participó un miembro de la comunidad la autoridad originaria del cantón o comunidad, con el objetivo de guiar y generar confianza entre las encuestadas y los encuestadores.

Entrevistas: Se aplica guías de preguntas para las entrevistas de profundidad, que se realiza a personas clave en proporcionar información sobre atención en salud, que se identifica en la etapa de la encuesta, estas son: madres que no han sido atendidas en sus partos, personal de salud, médico tradicional.

Registros oficiales: Se utiliza formularios oficiales para el registro de atención en salud, formularios de atención utilizados para la atención de los seguros de salud y de los programas nacionales, los datos son válidos siempre y cuando sean reportados al SNIS por el personal responsable de la información de los establecimientos de salud.

Se realizaron encuestas y entrevistas de profundidad en cuatro municipios rurales con población aymara y qhichwa, tres del departamento de La Paz: Humanata, Curva y Ancoraimes y un en el departamento de Cochabamba, municipio de Tapacarí, por un lado, a mujeres que tuvieron partos en domicilios y sin la asistencia del personal de salud de los establecimientos de salud público, para indagar las razones por las que no acudió al centro de salud para atender su parto o las causas por las que el centro de salud no les atendió y por otro lado, a mujeres que tuvieron parto en establecimientos de salud, para encontrar las causas por las cuales las madres acudieron al servicio de salud público para la atención del parto, lo que permite recoger la información completa, por un lado, conocer las causas por la no atención de parto y por otro lado, las causas de atención hospitalaria.

II.6.3. Estudio de caso

Se realiza una investigación experimental que consiste en la implementación de un servicio de salud de calidad, mejorando con los siguientes elementos: se implementó las salas de parto con dos camas, una hospitalaria y otra normal para acompañantes, se equipó con estufas eléctricas, se dotó de ajuar para los recién nacidos y se contrató el servicio de alimentación, para la atención de salud a la población que cuenta con seguro de salud: niños, mujeres y adultos mayores, cubiertos por el seguro de maternidad, niñez y seguro de adulto mayor, cumpliendo con todas las normas y protocolos de atención aprobados por el Ministerio de Salud y la OPS/OMS, con el objeto de observar el comportamiento de las personas beneficiarias de acudir o no al servicio de salud.

Una vez constatado la imposibilidad de atención de la mayoría de los partos en centro de salud, se procedió al seguimiento y observación de las causas que impedían la atención de parto en establecimiento de salud.

II.6.4. Recursos

Para la implementación del proyecto de investigación se firma un convenio entre el gobierno municipal de Humanata y la entidad ejecutora-investigadora Carrera de Ciencia Política y Gestión Pública de la Universidad Mayor de San Andrés, mediante el cual el Gobierno Municipal de Humanata se obliga poner a disposición del proyecto sus recursos humanos, financieros, logística e infraestructura.

CAPÍTULO III

ESTADO DEL ARTE

CUANDO LA SALUD INTERCULTURAL ES UN PRETEXTO PARA NO ATENDER LA SALUD DE LAS POBLACIONES AYMARA Y QHICHWA

Según Blanca Luengo y Jaime Zalles (Luengo, B. y Zalles, J., 1984) la primera piedra de la salud intercultural en Bolivia sería la inauguración del Hospital Kallawaya de Amarete, por el Dr. Javier Torres Goitia ministro de salud en 1983. Amarete es una población del municipio de Charazani de la Provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz, kallawaya es sinónimo, de conocimientos y prácticas curativas, de atención de las enfermedades desde el florecimiento de las culturas aymara y qhichwa, de prácticas de sanación de trastornos emocionales y espirituales, del cuidado, atención de la salud, hasta el estudio de plantas medicinales, lo que se ha denominado medicina tradicional.

Otro evento en la misma provincia consolida la aplicación de la política de salud intercultural en el territorio de la cultura kallawaya, la inauguración del Hospital Kallawaya Boliviano Español en el municipio de Curva el año 2004, por el ministro de salud Dr. Fernando Antezana, quien, según Yolanda Vargas, en el acto de inauguración había dado a conocer el significado de este hecho como:

El inicio de la integración de la medicina tradicional con la occidental, como una demostración de interculturalidad e incorporación de la medicina tradicional como parte de la universalización de la salud (...). Un hospital en el que un 50% por ciento está destinado a la medicina tradicional y el 50% a la medicina occidental (...). El parto de las mujeres originarias se realizará en el ambiente y posición como parte de su cultura, pero con los cuidados, la higiene y asepsia que deben tener este tipo

de situaciones, con el objetivo de reducir los índices de mortalidad materna y neonatal. (Vargas, 2013, págs. 36-37)³

Una primera mirada sobre las coberturas de atención en salud en las poblaciones de municipios indígenas, muestra que precisamente en los municipios donde se iniciaron la aplicación de salud intercultural, según el censo 2012 (INE, 2012), tienen los indicadores más bajos de cobertura de parto institucional, municipio de Curva con el 8,4% y el municipio de Charazani donde se encuentra la localidad de Amarete con el 18,3%, se mantienen en cotas inferiores a los indicadores del año 1982, por entonces la atención de parto en Bolivia era de 18,9%⁴, además existen otros 29 municipios en Bolivia que se encuentran por debajo de esta cota, son municipios rurales con población aymara y qhichwa. Estos datos son pruebas objetivas que demuestran el fracaso de la política de salud intercultural en Bolivia.

A continuación, se revisa los argumentos teóricos que llevaron a los diferentes gobiernos del país a implementar la política denominada salud intercultural y se busca explicar las causas de su fracaso en la bibliografía existe.

III.1. Barreras culturales para la atención en salud

La antropología y la antropología de la salud han encontrado una manera de explicar las bajas coberturas de atención en salud de la población indígena en Bolivia y según sus investigaciones existiría una barrera cultural entre los médicos, llamados médicos occidentales y las pacientes indígenas, a lo que Ingrid Vargas llama (Vargas I. , 2009, pág. 143) “barreras relacionadas con las características de la población”, esta explicación viene de tres partes: 1. De los prestadores de los servicios de salud, 2. De las pacientes indígenas y 3. Como productos de investigaciones.

³ Citado por Yolanda Vargas, El Diario, 29 de febrero 2004.

⁴ El dato corresponde al informe SAPIA de OPS/OMS, 1993.

III.1.1. Barrera cultural vista desde los prestadores de servicio

Se refiere a testimonios del personal de salud recopilados por las investigaciones y que son tomados como pruebas de que los factores culturales de la población indígena, impiden el acceso a los servicios de salud.

Uno de los testimonios producidos en el seminario sobre salud intercultural organizado por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, en noviembre de 2009, es citado por Gerardo Fernández (Fernández, 2010, pág. 17):

Al acabar la intervención, una colega boliviana levantó la mano para indicar que en su caso sucedía lo contrario, el problema no era que la gente no iba al centro de salud porque no existiera este con sus infraestructuras y servicios quirúrgicos, sino que en las comunidades donde sí había centro de salud o unidad hospitalaria, los usuarios indígenas no acudían. Es decir, habiendo la posibilidad económica de la asistencia convencional, tanto en infraestructuras, como en algunos tratamientos, la gente no acude a hacerse atender en la unidad hospitalaria. Hay varias razones de índole cultural para esta actitud que ya se ha explicado en otras partes (Fernández Juárez, 2006;2008; Dibbits y de Boer, 2002) y que constituyen objeto de atención para la reflexión intercultural (Fernández, 2010, pág. 39).

La prueba es producida por una colega del antropólogo Fernández y se asume como una verdad irrefutable, sobre la que se diseña una política estatal, la política de salud intercultural.

La barrera cultural también es construida, según Margarita Huayhua, por el personal de salud mediante actitudes racistas hacia las pacientes indígenas, registrado por la autora en la región de Cuzco (Perú), expresiones de un personal de salud hacia un paciente Qhichwa: “[...] estos salvajes [...]hasta ahora no se han civilizado. A pesar de que ellos ya viven

cerca de la ciudad, pero ellos no se civilizan, siguen salvajes [...]”.(Huayhua, 2006, pág. 9), testimonio que hace concluir a la autora:

Se puede afirmar que la dominación y la subordinación y al mismo tiempo, la discriminación y la exclusión son el resultado de un estereotipo que pesa sobre el indígena quechuahablante; la de un ser salvaje e inculto que no tiene sentimientos ni capacidad de pensar ni decidir. Así mismo, la distinción étnica de los usuarios, tanto para el sistema de salud como para las políticas de salud efectuadas por el gobierno de Fujimori y Toledo, fue y es visto como un problema que es necesario resolver, ya sea por la vía de la desaparición sistemática de esta población —como parece ser el caso en el gobierno de Fujimori— o el de la continuidad de la limpieza étnica asolapada que actualmente parece persistir (Huayhua, 2006, pág. 5).

El problema de la antropología es que los testimonios recogidos de la población se convierten en verdades, no son verificados, ni comprobados, por lo cual sus conclusiones no siempre son válidas para formular políticas públicas.

Las investigaciones sobre las relaciones entre el personal de salud y los pacientes indígenas en los países con población indígenas no están exentas de las luchas políticas, en muchos casos forman parte del discurso político, lo que no es preocupación del presente trabajo, lo que interesa aquí es, cómo este tipo de trabajos generan la idea de que las barreras culturales inciden en la inasistencia de la población indígena a los establecimientos de salud.

III.1.2. Barrera cultural vista desde los usuarios

Son escasos o difíciles de encontrar, testimonios de pacientes o población indígena, que señalen factores culturales como barreras que les impiden acudir a los establecimientos de salud para atender sus dolencias, sin embargo, lo que se encuentra son, por un lado, testimonios de pacientes sobre la mala calidad de atención en los servicios de salud, trato

discriminatorio y racista, y por el otro, relatos sobre la desconfianza y temor que provocarían la presencia de médicos en comunidades indígenas.

La barrera cultura se expresaría como una relación de discriminación y racismo en la relación del médico con su paciente indígena, lo que es relatada por los investigadores, sin prueba de los pacientes, solo en palabras de los investigadores, veamos la descripción de Gerardo Fernández haciendo referencia a Dibbits y Tahipamu.

Las instituciones sanitarias son contempladas no como centros de atención en salud, si no como centros de abuso e inquina, donde se increpa al enfermo llamándole “indio”, echándole en cara su propia enfermedad y dolor, por lo mal que come y desaliño y suciedad acostumbrados, como si el enfermo fuera culpable de su dolencia precisamente por ser “indio”, permitiéndose, los sanitarios y enfermeras, el lujo de opinar y entrar en juicios de valor sobre las vidas e intimidades de sus pacientes (Fernández G. , 1999, pág. 70)

Otro testimonio citado por Gerardo Fernández habría ocurrido en un centro de salud de Perú, que refleja un mal trato en el servicio de salud.

Yo no voy a la posta médica porque me atienden mal, me gritan. Me dicen. “¿Por qué haces enfermar a tu hijo, seguro que te has emborrachado, seguro que no le das comida a tu hijo. Por qué tienes tantos hijos si no vas a poder mantener, ¿crees que las enfermedades se curan con yerbas no más?” Así me dicen, por eso no voy, me tratan mal.

María, 35 años, información aportada por Willy C. Chacón (Pisac, Perú). (Fernández G. , 1999, pág. 71).

Sin duda el testimonio de Willy es una prueba de maltrato del personal de salud a los pacientes qhichwas, otra experiencia de mala atención en salud es descrita por Margarita Huayhua:

Una tarde llegó una madre *con su bolita de coca en la boca* para hacer atender a su infante con fiebre. [...] y se acercó a uno de los proveedores que atendía a otra paciente y, antes de que hablara le gritó: “¡Te esperas!” Y, cuando terminó de atender, nuevamente, se le acercó; pero obtuvo como respuesta otro grito: “¡Te he llamado!” Esta vez, la usuaria se sentó resignada; luego de que transcurrió un tiempo volvió a acercarse para ser atendida. El proveedor pidió el número de historia y aquella alcanzó una tarjeta pequeña con dos números. Las historias se identifican con tres números y faltaba un número, el servidor gritó: “¡Tu tarjeta!” Y, al mismo tiempo, tiró al piso la tarjeta. Y, agregó: “¡Su seguro! ¡Qué edad tiene!”. La usuaria no tuvo más remedio que agacharse para recogerla en total silencio y nerviosamente giró a preguntar a su otro hijo y respondió: *Qanchis*. Aquel para terminar, dijo: “Estas tienen tantos hijos que no saben su edad, para qué tiene tanto hijo”. (El resaltado es nuestro). (Huayhua, 2006, pág. 16).

La autora relaciona el maltrato del personal de salud a las pacientes, a que los pacientes son indígenas, para sacar sus conclusiones y señalar:

Se puede afirmar que la dominación y la subordinación y, al mismo tiempo, la discriminación y la exclusión son el resultado de un estereotipo que pesa sobre el indígena quechuahablante; la de un ser salvaje e inculto que no tiene sentimientos ni capacidad de pensar ni decidir (Huayhua, 2006, pág. 5)

Los testimonios de las pacientes y de antropólogos que presenciaron discriminación, maltrato e incluso racismo, si bien son ciertos en algunos establecimientos de salud y por algunos médicos y enfermeras, no es exclusivo de los servicios de salud, se daban y actualmente menos, en todos los servicios públicos.

Por otro lado, mientras no contemos con un estudio científico que demuestre que la población indígena se abstiene de acudir a un establecimiento hospitalario para atender su salud se debe a la discriminación y racismo, los testimonios citados deben ser sometidos

a prueba si efectivamente son relaciones de racismo o tiene que ver con la mala calidad del servicio de salud o ausencia de ella.

Otra de las causas por las que la población indígena no asiste a los establecimientos de salud según los estudios antropológicos, sobre todo en las poblaciones rurales, sería la desconfianza generada hacia el personal médico, por el mito del *lik'ichiri o kharikhari* que se asocia a personas que no son de la comunidad, gente foránea como los curas y médicos, al respecto Ineke Dibbits señala:

Como el *kharikhari* suele sacar la grasa con un aparatito que corta o con una jeringa, haciendo adormecer a la víctima, se asocia con la actividad médica, ya que también cortan cuando se realizan cirugías -por cierto, igualmente haciendo dormir a los pacientes- y utilizan jeringas. Siendo el personal de salud susceptible de poder ser *kharikhari* (Dibbits, 2013).

Con esa sospecha del personal de salud, quién va querer aproximarse siquiera a los establecimientos de salud y la población aymara y qhichwa no puede estar al margen de esa actitud. La pregunta que había que hacerse es: ¿Quién inventó el mito del *kharikhari*?

La respuesta viene de Jaime Zalles quien hace una revisión de la relación entre el personal de salud y los *yatiris*, quienes mantendrían una relación de guerra no declarada.

Inmediatamente que el médico conquistador desocupado acusa de “brujos” a los “sabios indígenas” los “sabios responden con la misma moneda, les llaman “*kharisiris*” y atribuyen a los conquistadores que detentan cualquier poder excesivo y vertical la facultad misteriosa de sacar la grasa de los riñones, (residencia de la energía del ser humano) desde lejos y sin dejar cicatriz. ¿Tú me dices brujo a mí? *yo también te pago en la misma moneda.* (Zalles, 2006, pág. 392).

Las víctimas de esa guerra entre *yatiris* y médicos y del mito de *Kharikhari*, son los pacientes aymara y qhichwa, que se encuentran con esa barrera de desconfianza que les impide asistir libremente a los establecimientos hospitalarios para atender su salud.

Pero, a pesar de que la mayoría de los estudios de antropología médica se han referido al mito del kharikhari, ninguno ha aportado con una prueba científica para demostrar su existencia, de existir realmente ya hubiera sido objeto de justicia comunitaria, sobre todo si se relaciona con muertes de personas.

II.1.3. Barrera cultural vista desde los investigadores

Según Susana Ramírez, que hace una evaluación de la política de salud intercultural, señala que la misma se ha formulado bajo el supuesto de que la población indígena no asiste a los establecimientos de salud porque prefieren atenderse con la medicina tradicional.

Las instituciones sanitarias llegaron a la conclusión de que el problema central radica en que la población indígena prefiere utilizar la medicina tradicional a la biomédica, por formar parte de su “cultura” y por la difícil relación existente entre el personal sanitario y el paciente indígena (Ramírez, 2006, pág. 412).

Y señala que, para que el personal de salud llegue a esa conclusión, no ha mediado una investigación seria, sobre las razones por la que la población indígena no asistía a los establecimientos de salud, hoy sabemos muy bien, por la pandemia del COVID 19, que la población recurre a medicina tradicional por ausencia del servicio de salud⁵.

Por su parte, Gerardo Fernández después de 10 años de observar y escribir sobre la relación entre poblaciones indígenas del altiplano boliviano y los servicios de salud llega a la conclusión de que la población indígena no asiste a los establecimientos de salud, porque:

Hay varias razones de índole cultural para esta actitud que ya se ha explicado en otras partes (Fernández Juárez, 2006; 2008; Dibbits y de Boer, 2002) y que

⁵En Bolivia durante la pandemia COVID 19, incluso la población urbana recurrió a tratamientos caseros por falta de medicamentos y servicio hospitalario.

constituyen objeto de atención para la reflexión intercultural, pues teniendo en cuenta la manera de sentirse representadas las unidades hospitalarias y los equipos médicos formales, por parte de las comunidades originarias, sabremos cuáles son sus expectativas en relación con el proceso salud-enfermedad-atención y el tipo de modelo asistencial que prefieren, así como los indicadores hospitalarios o biomédicos que son expresamente rechazados. (Fernández, 2010, pág. 39)

Sin embargo, Fernández no presenta, en ninguna de sus obras, pruebas de quienes y qué indicadores biomédicos serían rechazados expresamente por los pacientes indígenas.

Por su lado Gabriela Uriburu describe las relaciones asimétricas entre, lo que ella llama, el modelo bio-médico occidental hegemónico y los modelos tradicionales que son marginados.

Este aspecto es crucial en un país como Bolivia, donde existen *diversos* paradigmas socio-culturales que contienen sendos modelos de salud (concepciones, representaciones, prácticas). Sin embargo, uno de esos modelos, el modelo occidental moderno o bio-médico, es hegemónico y por ende, el modelo tradicional, con todas sus prácticas, es marginado y despreciado, especialmente a nivel de las Universidades Nacionales o privadas (Uriburu, 2006, pág. 176)

De acuerdo a la autora esta marginación tendría origen en las universidades y posteriormente aplicadas en la práctica de los establecimientos de salud, razón por la que la población indígena, mayoritaria en Bolivia, rechazaría el modelo de atención en salud.

Por su parte, la población originaria que es mayoritaria en Bolivia reacciona con una estrategia de resistencia a los servicios de salud en los que ese modelo hegemónico se aplica. Ese modelo incluye valores ideológicos que legitiman el maltrato y la represión en el servicio de salud (Menéndez, 1990; Caramés García, 2004). Un dicho bastante repetido en Bolivia es “prefiero morir en casa antes que en el hospital.” Los

servicios de atención del parto son emblemáticos pues en ellos es más evidente que en otros el contraste entre los dos modelos.(Uriburu, 2006, pág. 177).

Sin embargo, la autora no presenta una prueba de alguien que haya rechazado la atención en un hospital y haya preferido morir en casa, sus únicas fuentes son de tercera mano, las versiones de los antropólogos, tampoco realiza una investigación para explicar las razones por las que la población indígena rural atiende su salud personalmente, mediante el autocuidado, con yatiri o partera y por qué no acude a los establecimientos de salud, aunque las pruebas están a su disposición. Una de esas pruebas se encuentra en el trabajo de Susana Ramírez, cuando cita el testimonio de una paciente

Al campo solo mandan estudiantes, internos les llaman, vienen a practicar con nosotros. En la ciudad hay menos estudiantes, porque en ahí están casi todos en los hospitales, pero aquí están en las postas, por todos lados y los cambian todo el rato, cuando ya sabe un poco, se lo llevan y nos mandan otro que no sabe nada y así es nomás, y así no más, preferimos curarnos nosotros. Yo y mi familia con Cristo nos sanamos (Hombre, 52 años, evangélico. El Alto) (Ramírez H. S., Calidad de Atención en Salud, 2010, pág. 117).

En este caso el paciente recurre a la fe en Cristo para sanarse, porque en el centro de salud no encuentra solución a su problema de salud, si uno no encuentra solución a su padecimiento en un establecimiento de salud, se ve obligado a buscar alternativas y entre ellos está el yatiri, llamados, por los antropólogos y los militantes de la salud intercultural, médicos tradicionales, luego las autoridades, las organizaciones internacionales y nacionales responsables de la salud señalan que las pacientes indígenas prefieren atenderse con los médicos tradicionales, así justifican su ineptitud de no atender la salud de las poblaciones rurales.

III.1.4. Discusión sobre la barrera cultural

La supuesta barrera cultural que impediría acercarse a las pacientes indígenas a los llamados médicos occidentales, en realidad parece no existir o desaparece cuando las pacientes recobran algo de confianza, la prueba es aportado por el propio Gerardo Fernández en uno de sus primeras publicaciones de 1999, donde relata una anécdota del encuentro de un equipo de médicos con un centenar de pacientes indígenas, presenciado en los primeros años de su estadía en pleno centro del territorio aymara, Jesús de Machaca de la provincia Ingavi del departamento de La Paz.

Según relata el autor, ante la presencia de una epidemia de coqueluche que había cobrado la vida de algunos niños, él en persona habría gestionado la presencia de un equipo de médicos para colocar vacunas a los niños de la comunidad, para evitar más víctimas de niños aymara, la respuesta de la comunidad habría sorprendido al propio promotor de la salud intercultural en Bolivia.

El espectáculo me pareció indescriptible. Cerca de medio centenar de mujeres, con sus wawas a cuestas, de la mano y acompañadas, en algunos casos, por sus maridos subían por el camino en dirección a la cancha. El servicio de asistencia se prolongó por varias horas. (Fernández G. , 1999, pág. 26).

No había barreras, ni muros que impidan a las familias aymara a buscar atención de su salud con el médico occidental, lo que es confirmado con el testimonio de Petrona Mamani⁶, citado en el mismo libro de Fernández, “como es centro de salud, de posta: y también están los médicos y más también año pasado más confianza, ...y ¡mucha gente había! Al mes atendíamos, quinientos, cuatrocientos al mes.” (Fernández G. , 1999, pág. 45).

Estos testimonios son contrapruebas suficientes de la inexistencia de barreras culturales que, se dice, impiden el acceso de las poblaciones indígenas a los servicios de salud,

⁶ Según el texto Petrona Mamani es auxiliar de enfermería que trabajaba en el centro de salud de Jesús de Macha.

ambos testimonios citados, más bien, son pruebas de que las poblaciones indígenas esperan la atención médica, sin preguntar si son médicos occidentales o no, al parecer lo único que esperan es resolver su problema de salud y sanar sus dolencias.

¿No será que las verdaderas barreras son construidas por antropólogos, yatiris, personal de salud y el Estado? 1. Los antropólogos porque creen que descubrieron, a través de la antropología médica la medicina tradicional y que su descubrimiento es mejor que la medicina occidental moderna, por tanto, esperan sea valorada por todos y en consecuencia exigen trato igual, más aún preferente, 2. Los yatiris porque ven en los médicos un competidor que cuestionan su autoridad y poder en la comunidad y además les quita pacientes y en consecuencia sus ingresos, uno no necesita ser yatiri aymara, qhichwa o Kallawayaya para reaccionar en contra de los médicos, si consideran como una amenaza a sus ingresos y a su autoridad, 3. El personal de salud, porque no quiere hacer ningún esfuerzo para brindar atención médica de calidad a las poblaciones indígenas, si todos atribuyen la bajas coberturas de atención en salud a factores culturales de las usuarias indígenas, le liberan de una responsabilidad enorme, de atender a las pacientes indígenas, así la atención en salud no es responsabilidad del personal de salud, si no, es responsabilidad de las propias pacientes y 4. El Estado a través del ministerio de salud, diseñan políticas públicas que responden a objetivos políticos, en el caso de Bolivia responde al discurso de revalorizar a los pueblos indígena originario campesinos, sus culturas, saberes y medicinas, entonces es bienvenido la salud intercultural, la moda de la interculturalidad viene a satisfacer ese objetivo, por eso la formulación e implementación de la política de salud intercultural no es producto de investigaciones sobre las deficiencias en el sistema de salud público, responden más bien a objetivos políticos y en consecuencia sus resultados no se encuentran en el ámbito de la salud, sino en el ámbito político.

Mientras el yatiri y el médico viven en una situación de guerra no declarada, el paciente indígena atiende su salud con lo que está a su alcance, auto cuidado, automedicación, parteras y yatiris y en última instancia con el médico. Mientras el personal médico solo está en la comunidad los días de feria y la mayor parte del tiempo está ausente y cuando

se encuentra presente en la comunidad, cuanto menos trabajo tenga, mejor, para poder volver a la ciudad lo antes posible, la paciente es lo último que le interesa al médico del área rural, así como a todos los funcionarios públicos la atención a la ciudadanía no es su prioridad, ¿Por qué el personal de salud se comportaría de manera diferente?, salvando siempre las excepciones, las pacientes indígenas se resignan a que las parteras y yatiris les atiendan su salud, no porque sea mejor, ni porque prefieran antes que a los médicos, sino porque son los únicos que están a su alcance.

III.2. Nunca acabada construcción del concepto de salud intercultural

Gerardo Fernández el autor más citado en las investigaciones sobre salud intercultural, dedica un capítulo de su libro titulado, “Salud, Interculturalidad y Derechos, claves para la construcción del *sumak kawsay*-buen vivir” (Fernández, 2010), para intentar definir la salud intercultural, sin mucho éxito, desde el título del capítulo refleja esa incertidumbre, “retos y paradojas de la salud intercultural”, el mismo trabajo es publicado con el título de “Claroscuros de la Salud Intercultural en América Latina” (Fernández-Juárez, 2011), en la que llega a la siguiente conclusión:

El concepto de interculturalidad y sus aplicaciones concretas parece adolecer de un carácter escurridizo o cuando menos acumulativo, puesto que cuanto más se piensa en él y se hace el esfuerzo por enmarcarlo en una definición sencilla, nuevas sensibilidades, conceptos y perfiles aparecen asociados en el debate sobre su naturaleza (Fernández, 2010, pág. 20).

Fernández llega a ese escepticismo después de hacer referencia a las conclusiones de una reunión de expertos convocados para definir la interculturalidad, la reunión fue organizada por CIDOB-Barcelona, patrocinada por la UNESCO en el año 2001, relatada por Yolanda Onghena y citado por el autor:

No hubo consenso para decidir si la interculturalidad es una metodología, una normativa o un proyecto globalitario. Con todo, se llegó a un acuerdo relativo al

considerar la interculturalidad como una realidad omnipresente que por sus propios modos de funcionamiento en la vida en común de los pueblos y de las sociedades (Fernández, 2010, pág. 20).

A nivel nacional el autor reconoce que, “En Bolivia hoy en día nadie discute la importancia de la interculturalidad y su vigencia, pero, nadie sabe, qué es eso y cómo aplicarlo” (Fernández (Coordinador), 2006, pág. 317).

La dificultad en lograr un consenso en la definición de la interculturalidad, no nos debe desanimar, en la tarea de explicar sobre el fracaso de la política de salud intercultural en Bolivia en la atención de la salud de las poblaciones aymara y qhichwa, tampoco la falta de definición única de la salud intercultural debe poner en riesgo nuestro objeto de estudio, más bien, se convierte en doble reto, para explicar las condiciones y circunstancias en las que se formula las políticas de salud intercultural y cómo logra una aceptación casi unánime de la población y la comunidad científica en la aplicación de la denominada política de salud intercultural, evaluar los efectos de ese discurso sobre las organizaciones indígenas y las consecuencias de la aplicación de dichas políticas en las poblaciones indígenas.

A pesar de la falta de consenso en el significado de la interculturalidad y el concepto de salud intercultural, algunos organismos de cooperación internacional conjuntamente con algunas universidades organizan cursos de maestrías y diplomados en salud intercultural, como señala Fernández:

La cooperación italiana viene desempeñando en la ciudad de Potosí una maestría sobre salud e interculturalidad con la participación de profesionales de diferentes sectores sanitarios del Departamento de Potosí, que se pretendía posteriormente ampliar a todo el continente americano (Fernández (Coordinador), 2006, pág. 11).

Cuando menos corresponde una pregunta, ¿Cómo es que las universidades pueden organizar cursos de postgrado cuando no hay claridad en lo que significa la

interculturalidad en salud?, cuando una temática se encuentra en una situación de incertidumbre, lo que correspondía a las universidades es realizar investigaciones destinadas a explicar las causas por las que la población indígena no accedía a los servicios de salud, si efectivamente se debían a los factores culturales o existían otras causas.

¿Por qué es necesario la claridad en la explicación y en el concepto?, porque las políticas públicas cada minuto afectan negativamente o positivamente a los beneficiarios, por otro lado, cada año compromete recursos públicos, que se gastan de manera eficiente o ineficiente. Si la discusión fuera puramente teórica y no afectara la vida de las personas y no comprometiera recursos públicos, las universidades tienen la libertad de organizar los cursos que vean por conveniente.

Pero en la realidad, a pesar de la falta de consenso por los expertos en la definición de salud intercultural, cada organización adopta sus propias definiciones sobre las que despliegan sus actividades, que depende de sus intereses y objetivos, a continuación, se hace una revisión de algunas de ellas.

III.2.1. La interculturalidad como respuesta a la inequidad

Demostrada la asimetría existente en la atención de la salud, entre las poblaciones indígenas y no indígenas, por los estudios de: OPS/OMS de 1993 y Psacharopoulos y Patrinos de 1994, los mismos, para superar la brecha existente en la atención de la salud entre ambos sectores de la población, recomiendan a los estados que forman parte de las naciones unidas, implementar políticas que incorporen la medicina tradicional a los sistemas de salud para atender adecuadamente a las poblaciones indígenas.

El diagnóstico realizado por la OPS/OMS sobre la situación de la salud, denominada Iniciativa de Salud para las Poblaciones Indígenas de las Américas SAPIA, señala que, “los pueblos indígenas de las Américas tienen una expectativa de vida más corta que los grupos homólogos de la sociedad nacional, mayores tasas de mortalidad y un perfil de

morbilidad diferente y cambiante según su nivel de vida...” (OPS/OMS, 1993, pág. 14).
Al respecto el organismo recomienda:

La OPS debería promover activamente las iniciativas regionales y locales que se están desarrollando en búsqueda de una articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental, estimulando el intercambio de experiencias entre ellas, así como la mayor divulgación sobre el desarrollo y resultados de las mismas. El intercambio debe incluir no solo a los investigadores, sino también a los trabajadores de atención primaria y a los médicos o terapeutas tradicionales y las organizaciones indígenas (OPS/OMS, 1993, pág. 27).

Diez años más tarde otro estudio realizado por los autores Wilson Jiménez, Fernando Landa y Ernesto Yáñez (Jiménez, 2006), quienes hicieron una evaluación de los resultados en Bolivia del decenio internacional de las poblaciones indígenas del mundo, reporta que la brecha en la atención en salud entre las poblaciones indígenas y no indígenas se mantiene, según los autores:

La desigualdad en los indicadores de la salud es tan evidente como las brechas en educación y en ingresos. Por ejemplo, a 55% de las mujeres no indígenas se les atiende su parto en forma institucional, mientras que para las indígenas esta cifra sólo es de 30%. La mayoría de las indígenas dan a luz en su casa (51%), mientras que sólo 13% de las no indígenas lo hacen (cuadro 3.29). Aunque esta diferencia se puede atribuir a las tradiciones culturales indígenas (Jiménez, 2006, págs. 69-70).

Al respecto Hall y Patrinos después de revisar los avances en la atención en salud de los pueblos indígenas en los países de: Bolivia, Ecuador, Guatemala, México y Perú, en la década 1994-2004 y para lograr avances significativos recomienda que, “... no es suficiente asegurar el acceso de la población indígena a las instituciones prestadoras de servicios de salud. A veces, es preciso incorporar las prácticas de salud indígenas que han

mostrado ser efectivas a los sistemas nacionales de salud.” (Hall, G. y Patrinos, H., 2006, pág. 260).

Ambos estudios muestran las asimetrías existentes en el acceso a los servicios públicos entre las poblaciones indígenas y las poblaciones no indígenas, en consecuencia recomiendan como una alternativa, para mejorar la atención en salud de las poblaciones indígenas y cerrar las brecha existente entre la población indígena y no indígena, la incorporación de lo que se llama la medicina tradicional a los sistemas nacionales de salud, entonces, la salud intercultural nace como una necesidad para superar las asimetrías existentes.

III.2.2. La interculturalidad como estrategia para lograr la igualdad

Dado que muchos estudios describen las relaciones de dominación de la llamada biomedicina contra la medicina tradicional, las relaciones de discriminación y racistas de los médicos occidentales contra las pacientes indígenas. Como una forma de superar esa relación asimétrica se propone la interculturalidad en los servicios de salud.

Al respecto la propuesta SAPIA de la OPS/OMS señala que, “Es en este campo en el que las comunidades indígenas experimentan con frecuencia dificultades en acceder a los servicios ofrecidos, por lo que aparecen discrepancias de base cultural entre los servicios médicos provistos en el hospital y la atención domiciliaria a cargo de familiares y parteras tradicionales” (OPS/OMS, 1993), para superar esas barreras culturales y alcanzar objetivos del desarrollo del milenio propone:

Para alcanzar estas metas de política es importante la revaloración del saber indígena, fortaleciendo la singularidad de sus propias culturas, reconociendo que son ellos los que mejor conocen de su pueblo, de sus necesidades en materia de salud y desarrollo, y de las respuestas que deben instrumentarse. Pero ello tampoco debe ser un motivo para inducir su aislamiento sino por el contrario, propiciar el trabajo conjunto para superar obstáculos comunes (económicos, políticos, sociales,

culturales) estableciendo una relación interétnica e intercultural basada en la reciprocidad, el respeto mutuo y la convivencia (OPS/OMS, 1993, pág. 9).

La OPS/OMS formula el concepto intercultural como una relación entre personas de diferentes culturas, en igualdad de condiciones, es decir, una relación entre iguales, porque una relación de reciprocidad, respeto mutuo y convivencia, es más que una relación horizontal, simétrica.

Por su parte el antropólogo Gerardo Fernández, que ha publicado varios trabajos sobre interculturalidad desde lo que él llama antropología de la salud, en uno de sus primeros trabajos refleja la relación asimétrica entre los que él llama médicos occidentales y los pacientes indígenas y que es tomado como verdad por los estudios posteriores:

Probablemente este de tipo de acotaciones justifica su razón de ser de una forma mucho más transparente y menos conjetural, simplemente con que el lector recapacite sobre el tipo de atención que le gustaría recibir como persona en una situación de crisis sanitaria y no como “indio de mierda”. Hagamos el esfuerzo y apreciemos las dificultades y problemas que implicaría el aceptar la presencia de “extranjeros” o personas alejadas de nuestro círculo habitual, que desconocen nuestro idioma, que no saben comportarse según nuestras normas, que nos piden a nuestros hijos para clavarles agujas y que son incapaces de apreciar el sentido de nuestras enfermedades. Estoy convencido que yo sería unos de los primeros en salir corriendo de su influencia, o... tal vez en lanzarles la primera piedra en caso de que se aproximaran demasiado (Fernández G. , 1999, pág. 210).

Este relato que en buena parte refleja la corriente de pensamiento de la antropología de la salud y desarrolla su discurso sobre el supuesto racismo entre el médico y las pacientes aymara, posiblemente encontrado en su experiencia en las comunidades de Jesús de Machaca en el altiplano paceño, para superar esta relación racista, plantea como solución

entre otros (Fernández G. , 1999, pág. 202): 1. Que los médicos conozcan el idioma aymara, 2. Diálogo entre médicos, yatiris y pacientes, lo que el autor llama:

La wiphala política, social y cultural representativa de la pluralidad boliviana, ha de reconocer igualmente la diversidad aplicada al dominio de la salud; proporcionando los espacios de encuentro y debate oportunos entre pacientes, familiares, curanderos, auxiliares y médicos, con el refrendo pluricultural y multilingüe del estado (Fernández G. , 1999, pág. 209).

En definitiva el planteamiento de Gerardo Fernández es “Médicos y yatiris, que vayan en pareja como chacha warmi, hombre y mujer”⁷ (Fernández G. , 1999, pág. 9) para superar la discriminación entre médicos y pacientes y a su vez entre médicos y yatiris, lo que al parecer no sabe Fernández es que la imagen de chacha-warmi, hombre- mujer juntos, se muestra únicamente en las ceremonias y festividades, lo que queda retratada para el ojo externo, porque en la vida cotidiana del hombre y la mujer andina, el hombre va delante y la mujer detrás, lo que significa que la mujer asume un papel de sumisión hacia el varón, pero, para la antropología el retrato de chacha-warmi es la única verdad, cuando todos sabemos que el retrato es la pose o el resultado del maquillaje.

Para cumplir ese propósito Fernández recomienda a las universidades, a través de la siguiente pregunta:

¿No será imprescindible potenciar la presencia de la interculturalidad en salud en el pregrado de todas las carreras de Ciencias de la Salud para que de esta manera todos los alumnos al egresar tengan al menos unos rudimentos básicos, competencias y habilidades prácticas para lo que luego han de aplicar en esta materia a lo largo de su vida profesional? (Fernández, 2010, pág. 36).

⁷ Entrevista realizado por Gerardo Fernández a Petrona Mamani auxiliar del equipo de salud altiplano (Fernández G. , 1999, pág. 47)

Las universidades, en base a esas recomendaciones y como no podían estar fuera de la moda de salud intercultural organizaron cursos de postgrados con apoyo financiero de organismos de cooperación internacional, pero también algunas universidades incorporaron en el contenido curricular de las facultades de medicina, materias o contenidos de la medicina tradicional, por ejemplo la Universidad Pública de El Alto, define entre sus objetivos, proporcionar a sus egresados destrezas y habilidades en “Procedimientos básicos en medicina alternativa de acuerdo a los usos y costumbres en salud de la región” (CARRERA DE MEDICINA - UPEA, 2013).

Esas horas de clase dedicadas a los temas de medicina tradicional en pregrado, van en desmedro de la carga horaria en la formación en competencias médicas de los estudiantes disminuyendo la calidad de formación de los futuros médicos, en capacidad resolutive de atención en salud, lo que aumenta la desconfianza de la población rural hacia los nuevos médicos, sobre todo si se tiene en cuenta la percepción de que al área rural se envía médicos que no saben.

Otro de los estudios que llega a similares conclusiones es de Raquel Nava que plantea la interculturalidad como una estrategia de igualación de las asimetrías existentes entre diferentes culturas cuando señala:

El verdadero reto está en que estas dos miradas que corresponden a ámbitos culturales distintos se reconozcan, respeten y trabajen juntas en un diálogo intercultural a partir de las estructuras e instituciones tanto “biomédicas” como “tradicionales” (Nava, 2006, pág. 245).

Para estos estudios, la interculturalidad en salud es vista como una fórmula para lograr la igualdad de personas y culturas, una convivencia armoniosa entre la biomedicina o la medicina tradicional, entre el médico y el yatiri y entre el médico y la paciente indígena, “en definitiva entender la interculturalidad como una relación de reciprocidad y complementariedad”, como señala Víctor Hugo Quintanilla (Quintanilla, 2014, pág. 158),

es un discurso de cómo nos gustaría que fueran las cosas y no cómo funcionan las cosas en la realidad, en ese sentido, es un proyecto político.

La pregunta que cabe formular es: ¿Si la idea de andar juntos como “chachawarmi” entre 2 personas de culturas diferentes es posible en la vida real?, ¿Si la reciprocidad y complementariedad que son principios de la ética política, funcionan en la vida real en una sociedad de diversidad cultural? y ¿Por qué es necesario que funcionen en la vida real?, es decir, que las personas practiquen cotidianamente, porque las políticas públicas tienen que dar resultados, significa que tienen que alcanzar metas de resultado e impacto y esos resultados tienen que ser medibles y para que produzcan los efectos deseados, las políticas públicas deben considerar y basarse en la práctica cotidiana de las personas, si una política pública se formula sin considerar lo que sucede en la realidad, está destinado al fracaso. Lo que no significa que una política pública no deba tener un objetivo ético, más bien siempre una política pública debe perseguir una utopía, pero como punto de llegada partiendo de las relaciones cotidianas en las comunidades y en este caso de los municipios rurales de población originaria.

El otro camino del conocimiento de la realidad es la que describe Mario Galindo, la planificación participativa (Galindo, 2016, pág. 79), mecanismo que permite a los beneficiarios del servicio de salud hacer conocer sus necesidades y dificultades en el acceso a un servicio hospitalario, para que los funcionarios públicos tomen en cuenta en la formulación de los planes de desarrollo local, departamental y nacional, mecanismo que al parecer ha sido ignorado por las autoridades de salud, para diseñar la política de salud intercultural.

Aunque hay un autor excepción a la norma, Menéndez comprende que las relaciones interculturales no necesariamente reflejan relaciones armoniosas, las relaciones interculturales se dan en contextos de asimetría.

Todo grupo—incluidos los grupos étnicos—ha estado en relación con otros grupos conformando diferentes tipos de relaciones interculturales caracterizadas por la complementación, la simetría, la equidad, la cooperación, pero también por la competencia, la asimetría, el enfrentamiento, la lucha.

Las relaciones culturales han funcionado en contextos de dominación, de explotación, de hegemonía/subalternidad, y esto se dio y se sigue dando. Más aún la mayoría de estas relaciones —y no sólo las gestadas por la sociedad ‘Occidental’—se caracterizan por ser etnocéntricas. De tal manera que cuando leemos que la interculturalidad está planteada en términos exclusivos de cooperación, de respeto y de tolerancia entre los grupos, nos parece muy interesante como deseo, pero nos parece reduccionista —por utilizar una palabra más o menos neutra—en términos de los procesos que operan en nuestras realidades (Menéndez, 2006, pág. 52).

Menéndez es el único realista de los antropólogos sobre cuyas ideas se puede formular políticas públicas exitosas, porque consideraría en su implementación lo que ocurre en la cotidianidad de sociedades concretas, ya que las relaciones entre residentes de un territorio no son homogéneas y al considerar esas diferencias se diseñaría protocolos de atención flexibles.

III.2.3. Incorporación de algunas prácticas tradicionales como indicador de interculturalidad

El estudio de la OPS/OMS de 1993, identificaba la necesidad de incorporar al sistema nacional de salud algunas prácticas curativas y de atención en salud que realizan las parteras y yatiris en las comunidades aymara y qhichwa, al respecto la SAPIA señala:

Reconociendo la vigencia, la trascendencia y el valor cultural de las prácticas médicas tradicionales, el abordaje de cuestiones jurídicas y legales persigue el propósito fundamental de revisar los instrumentos legales y códigos

pertinentes con el propósito delimitar o reducir los dispositivos que descalifican o proscriben dichas prácticas (OPS/OMS, 1993, pág. 14).

Para lo cual la OPS/OMS identifica algunas prácticas como necesarias a ser tomadas en cuenta, sobre todo aquellas que tienen relación con la “La atención del parto y el puerperio, la disposición de la placenta, el cuidado del cordón umbilical, la lactancia y alimentación y cuidado del niño indígena son aspectos fuertemente influenciados por la cultura” (OPS/OMS, 1993, pág. 6), la que posteriormente se traducirá con la inclusión en los protocolos de atención de parto, que se conoce como: parto intercultural, adecuación cultural del parto o parto humanizado (Min, Salud y Deportes, 2005, pág. 2).

Por su lado los estudios realizados por Hall y Patrinos, recomiendan incorporar algunas prácticas de la medicina indígena, empezando la enseñanza de la lengua indígena al personal de salud, ya que, según sus pesquisas, “no es suficiente asegurar el acceso de la población indígena a las instituciones prestadoras de servicios de salud. A veces, es preciso incorporar las prácticas de salud indígena que han demostrado ser efectivas a los sistemas nacionales de salud.” (Hall, G. y Patrinos, H., 2006, pág. 260), la receta se completa cuando los autores señalan: “Adicionalmente, se deben tomar otras medidas tendientes a incorporar los practicantes de la medicina indígena, con el fin de asegurar que el sistema de salud integre y atienda en forma adecuada a la población indígena.”.

Producto del cual, se entiende por salud intercultural cuando un establecimiento de salud incorpora algunas prácticas de atención de parto que realizan las parteras aymara y qhichwa, lo que se puede identificar con algunos de los siguientes indicadores: 1. Información dentro del establecimiento de salud se realiza en un idioma nativo, 2. Infraestructura cuenta con una sala de parto intercultural o

humanizado, 3. Se realiza devolución de la placenta a los familiares, 4. Se permite mates en el trabajo y después del parto, 5. Se permite la presencia de familiares en la sala de parto y 6. Hay presencia de partera o yatiri en centro de salud.

III.2.4. Concepto de salud intercultural para efectos de las políticas de salud

La necesidad de cumplir con los mandatos de la declaratoria del decenio de los pueblos indígenas por parte de las Naciones Unidas, las recomendaciones de la SAPIA y lograr los objetivos del milenio, obligan a los organismos de cooperación internacional y a los estados miembros, adoptar alguna definición sobre la salud intercultural, para desplegar sus acciones en base a esa definición, a continuación, se revisará algunos de ellos.

Para implementar el programan denominado, Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, la OPS/OMS define la salud intercultural como un proceso donde se debe.

Incorporar la perspectiva intercultural en los servicios de salud debe coadyuvar a forjar una sociedad democrática y equitativa, pues es la respuesta desde el sector salud para superar la situación de exclusión en la que se encuentran las poblaciones indígenas por la desconfianza y la distancia que muchos sienten frente a los servicios de salud (OPS/OMS, 2008, pág. 35).

Según la agencia de cooperación la aplicación de la salud intercultural implicaría, entre otras:

- a). Una relación entre iguales, entre pares, donde se reconozca a la persona.
- b). Desarrollar formas de interacción basadas en el vínculo y la expresión de afectos.
- c). Generar nuevos canales de comunicación que validen al otro/otra desde sus propias categorías.

d). Promover confianza, libertad, alegría y seguridad en sí mismos (OPS/OMS, 2008, pág. 37).

Las definiciones formuladas por OPS/OMS se caracterizan por la amplitud del concepto, donde engloba todo, pero a la hora de implementar esa política, no hay posibilidad de concretar en indicadores de atención y menos en indicadores de impacto, por ejemplo, cómo medir la relación entre iguales, ya que en la vida real, tal vez, no se encuentre una y en consecuencia solo se puede concebir como un “tipo ideal”⁸, pero las políticas de salud operan sobre personas concretas, de la misma manera “la expresión de afectos”, ¿cómo se puede medir? en ¿En palabras? o ¿Ritmo cardiaco?, incluso en el supuesto de que se pueda realizar una medición, la misma sería muy costosa, una de las razones por las que esos conceptos serían inaplicables, en medir el impacto de la política de salud intercultural.

A nivel local para la formulación y aplicación de la nueva política de salud, denominada Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural SAFCI, para el ministerio de salud y deportes de Bolivia, la interculturalidad en salud:

Es el desarrollo de procesos de articulación complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud. (DS:29601, 2008).

La definición de salud intercultural del ministerio de salud y deportes recoge las tres perspectivas, una especie síntesis, difícil de entender y de aplicar, al no contar con mecanismos operativos, tampoco se podrá construir indicadores de medición y al no contar con indicadores de medición no se podrá medir su efectividad, pero, como dice Yolanda Vargas:

⁸Max Weber ha trabajado el concepto de “Tipo ideal”.

Es bueno reconocer que aquel momento descuidamos la profundización de las raíces filosóficas del paradigma, había que responder a presión del nivel político y a su vez entregar estas bases al sector, a las organizaciones del sector salud y a los niveles de gestión departamental y municipal (Vargas Y. , 2013, pág. 56).

Por lo que la definición de concepto de salud intercultural del ministerio de salud y deportes, cumplió la función de responder a la presión política del gobierno de Bolivia de ese momento, es decir, como parte de la estrategia política, pero también para dar alguna certidumbre a los prestadores de los servicios públicos de salud sobre el concepto de la política de salud intercultural y dar confianza al trabajo cotidiano del personal en las redes de servicios de salud de las gobernaciones y municipios, donde el partido del presidente Evo Morales MAS-IPSP, había ganado las elecciones.

III.2.5. Discusión sobre el concepto de salud intercultural

Los numerosos intentos de definir el concepto de la salud intercultural, nos lleva al punto de partida, la dificultad de lograr un consenso en la definición, pero precisamente esa dificultad muestra la necesidad de discutir la pertinencia o no de la interculturalidad en salud y su eficacia en la reducción de la exclusión de la población indígena en el acceso a los servicios de salud, a la luz de los escasos logros obtenidos en la atención en salud de las poblaciones aymara y qhichwa que residen en las áreas rurales, sobre todo, en la mejora de la cobertura de atención de parto institucional.

Si la interculturalidad es la relación entre sujetos individuales y colectivos de diferentes culturas y si consideramos que estas relaciones pueden ser de: reciprocidad, cooperación, complementariedad, equidad e igualdad, pero también de: dominación, competencia, explotación, lucha, exclusión, discriminación y racismo. En una sociedad concreta no se da relaciones puras, sólo de cooperación o sólo de dominación, siempre será una combinación de varias formas de relaciones que dependerá de la fuerza de los sujetos en un determinado momento, incluso si un día existe una relación de cooperación al día

siguiente puede transformarse en una relación de competencia, en consecuencia, las relaciones entre diferentes culturas y pueblos de forma colectiva e individual siempre serán dinámicas.

Pero si las relaciones culturales se dan en contextos de discriminación, olvido y exclusión como la boliviana, es el estado que debe encontrar mecanismos de igualación a través de las políticas públicas, es decir, las políticas públicas deben partir de escenarios de exclusión y buscar la equidad en el acceso a los servicios públicos y no al contrario como hace la política de salud intercultural, que parte del supuesto exclusivo de relaciones de cooperación y reciprocidad entre las llamadas medicina occidental y medicina tradicional y eso es la causa de su fracaso, porque, existe la posibilidad de que esta relación amistosa nunca se dé en la vida real y si no se dan esas relaciones armoniosas, la población rural aymara y qhichwa se quedará sin atención médica, esto parece ser al caso del municipio de Curva, la que se evaluará en el siguiente capítulo de la relación actual entre los kallawayas, los médicos y la relación de la población con el servicio de salud.

También cabe realizar una pregunta: ¿Buscamos relaciones de cooperación y reciprocidad entre las llamadas medicina occidental y la medicina tradicional o buscamos atención médica a las poblaciones aymara y qhichwa?, porque lograr ambas y al mismo tiempo ha fracasado hasta la fecha. Si se buscaba, como le gustaría a la antropología médica, relaciones armoniosas entre ambas medicinas para eliminar la exclusión en la atención en salud de las poblaciones indígenas y se ha fracasado, ¿por qué no hacer lo que les gustaría y en derecho les corresponde a las poblaciones aymara y qhichwa?, primero proveer atención médica de calidad a las poblaciones rurales y luego buscar las relaciones que se quiera entre ambas medicinas.

Las diferentes políticas de salud intercultural aplicadas en Bolivia fracasaron porque se formularon y aplicaron únicamente por estar de moda, en el discurso de la antropología o el discurso político, en este sentido, el fracaso de una política pública de salud es semejante a la negligencia médica, ya que ese fracaso puede implicar muerte de seres humanos por

cada día que la población no recibe atención médica y específicamente por cada parto que no se atiende por personal especializado y que se produce en domicilio.

III.3. Contexto para la formulación de la salud intercultural

Las acciones de los estados, organismos de cooperación internacional y de las organizaciones no gubernamentales en el ámbito de atención en salud han estado orientadas, desde la década 1990-2000, por dos agendas globales: 1. La resolución de la asamblea general de las Naciones Unidas, conocida como la declaración del milenio o los objetivos del desarrollo del milenio ODM y 2. La resolución general de las naciones unidas sobre la declaración del decenio de las poblaciones indígenas del mundo.

III.3.1. Objetivos del Desarrollo del Milenio

La asamblea general de las naciones unidas el 13 septiembre del año 2000 aprueba la resolución 55/2, denominada declaración del milenio, más conocida como los objetivos del desarrollo del milenio ODM, respecto a la salud materna - infantil fija como meta: (NacionesUnidas, 2000) “Haber reducido, para ese mismo año, la mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes respecto de sus tasas actuales.”, que se traducen en los siguientes objetivos, metas e indicadores:

Objetivo: 5. Mejorar la salud materna.

Meta: 6. Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.

Indicador: 16. Tasa de mortalidad materna.

Indicador: 17. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado (NacionesUnidas, 2000).

El cumplimiento de las metas de los objetivos del desarrollo del milenio ODM, es la agenda de los estados miembros de las Naciones Unidas y de la cooperación internacional y en consecuencia una de las líneas de acción es contribuir a la mejora de la atención en

salud de mujeres gestantes y niños menores de 5 años. Para cumplir con las metas para el año 2015, se realizan investigaciones que identifican los factores que explican las bajas coberturas de atención en salud en diferentes países.

El gobierno de Bolivia para el cumplimiento de las metas de los objetivos del desarrollo del milenio implementa el seguro universal de materno infantil SUMI el año 2002, mediante el cual se amplía las prestaciones de salud, de 92 del seguro básico de salud SBS (D.S.25265, 1998) a 547 del SUMI (LEY.2426, 2002), que brinda seguro de salud a las mujeres en edad fértil y a niños menores de cinco años, en todo el territorio nacional de manera universal.

A partir de la vigencia del Seguro Básico de Salud SBS y posteriormente el Seguro Universal Materno Infantil SUMI y finalmente con el Seguro Integral de Salud se elimina la barrera económica, aunque sea solo de manera formal, ya que las mujeres en periodo de gestación y niños menores de cinco años no tendrían que erogar gastos para la atención de su salud, son los gobiernos municipales quienes deben pagar a los establecimientos de salud por cada prestación realizada, para lo cual los municipios destinan el 15,5% de los recursos de coparticipación tributaria (BOLIVIA ALP, 2013), lo que significa el fin de la barrera económica, con este seguro ninguna madre, ni niño menor de cinco años debería quedar sin atención médica por falta de recursos económicos, pero como suele pasar, la vida real tiene otro sendero, las causas de esta distancia es la que se pretende identificar.

III.3.2. Declaración del Decenio de las Poblaciones Indígenas del mundo

El mundo vuelca su mirada hacia los pueblos indígenas a los 500 años del llamado descubrimiento de América, encuentro de dos mundos, día de la raza y últimamente día de la resistencia indígena, en algunos países de América las organizaciones indígenas organizaron eventos en conmemoración de la llegada de los españoles a América, en el caso de Bolivia, según Xavier Albo, la Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia CSUTCB organizó una gran movilización en la ciudad de La Paz, donde se prevé que participaron 60.000 campesinos portando wiphalas, dieron varias

vueltas alrededor de la plaza Murillo, sin poder lograr ingresar por el cerco policial. (Xavier, 2008, pág. 43)

A nivel internacional a partir de 1992 los pueblos indígenas se convierten en objeto de atención, objeto de estudio de los académicos de las universidades de los países desarrollados, sobre todo de los antropólogos, los organismos de cooperación internacional, las agencias de las Naciones Unidas, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo promueven investigaciones, sobre la situación de los pueblos indígenas de las Américas.

Los fondos de cooperación de estos organismos, hacen elegibles a proyectos destinados a combatir la pobreza y exclusión de los pueblos indígenas de América, que en los hechos se ha reducido únicamente a que sean nombrados en los proyectos de desarrollo, porque en la actualidad, como desde hace 500 años, las poblaciones indígenas continúan viviendo en pobreza y excluidos de los servicios públicos. En lo político los líderes indígenas son tomados en cuenta por los partidos políticos en las listas de cargos electivos y los líderes de movimientos indigenistas son elegidos en cargos de representación popular, lo que se muestra como señales e indicadores de inclusión en la década de los pueblos indígenas del mundo.

La OPS/OMS como organismo especializado de la salud de las Naciones Unidas, también comienza a preocuparse por la situación de salud de los pueblos indígenas en los países de las Américas y la atención de salud de esta población y se inicia una serie de investigaciones promovidas por los organismos de cooperación internacional y acciones que benefician a las poblaciones nativas, como dice Amílcar Castañeda:

La SAPIA surgió en 1992 en el Subcomité de Planificación y Programación de la OPS en el contexto del V centenario de la conquista europea de América. Desde varios sectores y principalmente desde el sector indígena se escuchaban demandas de atención a diversos aspectos de su problemática, entre ellos, educación, salud, tierra, territorio, en un marco del respeto a sus derechos como ciudadanos y como

pueblos. La SAPIA consensuó cinco principios que regirían el trabajo de la OPS/OMS y de sus Estados Miembros al abordar la temática de los pueblos indígenas, estos son: 1. Necesidad de un enfoque integral de la salud; 2. Derecho a la autodeterminación; 3. Respeto y revitalización de las culturas indígenas; 4. Reciprocidad en las relaciones; 5. Derecho a la participación sistemática (Castañeda, 2010, pág. 104).

En efecto la OPS/OMS en octubre de 1993 en la 111a reunión del comité ejecutivo aprueba la resolución IV CD37/20 Salud de los Pueblos Indígenas, donde partiendo de un diagnóstico de la situación de los pueblos indígenas de los países de: Argentina, Chile, Brasil, Bolivia, Ecuador, Guatemala, México, Perú y Venezuela llega a la conclusión de que la pobreza de las poblaciones indígenas es peor que el resto de la población de los estados, el acceso a los servicios públicos como saneamiento básico, salud, educación son inferiores que los promedios nacionales, el empleo, ingreso per cápita, calidad de la vivienda y la disponibilidad de alimentos, se concluye, son inferiores al de la población no indígena. (OPS/OMS, 1993, pág. 10)

En el caso de Bolivia se reporta los siguientes datos correspondientes al año 1981, mortalidad infantil según el idioma de la madre: qhichwa 277,7 por 1.000 nacidos vivos, población aymara 238,8 y español 125,6 (OPS/OMS, 1993, pág. 42), donde se muestra que las poblaciones indígenas tienen en promedio el doble de mortalidad infantil que la población no indígena. La cobertura del parto institucional para el año 1982 solo cubría el 18,90% y los partos a domicilio 80% (OPS/OMS, 1993, pág. 39). Para mejorar la atención de salud de los pueblos indígenas la OPS/OMS recomienda a los estados miembros de las Naciones Unidas:

a) Promuevan el establecimiento o fortalecimiento de una comisión técnica de alto nivel u otro mecanismo de concertación que se considere apropiado, con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas, para la formulación

de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas;

d) Promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los SILOS (OPS/OMS, 1993, pág. 3).

El organismo especializado en salud de las naciones unidas solicita a su director recursos para realizar estudios que:

a) Identifique, dentro de los programas de cooperación, recursos de cooperación técnica y preste apoyo a la movilización de recursos adicionales a nivel internacional y nacional para la puesta en marcha de la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas;

d) Promueva la investigación colaborativa a nivel de la Región y países seleccionados en temas prioritarios de la salud y la atención de la salud de los pueblos indígenas (OPS/OMS, 1993, pág. 4).

El mismo documento de la OPS/OMS para mejorarla cobertura de atención de parto en las poblaciones indígenas recomienda:

La atención del parto y el puerperio, la disposición de la placenta, el cuidado del cordón umbilical, la lactancia y alimentación y cuidado del niño indígena son aspectos fuertemente influenciados por la cultura. Es en este campo en el que las comunidades indígenas experimentan con frecuencia dificultades en acceder a los servicios ofrecidos, por lo que aparecen discrepancias de base cultural entre los servicios médicos provistos en el hospital y la atención domiciliaria a cargo de familiares y parteras tradicionales.

Desde esta perspectiva, la salud, los procesos salud-enfermedad y los propios sistemas de salud, pueden ser vistos como sistemas culturales. Las acciones puramente médicas en la prestación de servicios de salud, además de insuficientes, resultan inadecuadas para enfrentar un perfil epidemiológico tan complejo y de tan difícil resolución (OPS/OMS, 1993, pág. 12).

La iniciativa SAPIA formulado por la OPS/OMS, en 1992 fue el punto de impulso de lo que se conoce como medicina tradicional, su reconocimiento formal y legal por parte de algunos estados, en Bolivia a partir del año 2008 se convierte en política de estado bajo el denominativo de salud familiar comunitario e intercultural SAFCI (BOLIVIA-D.S.29601, 2008), cuyos resultados, de acuerdo al último censo, están en cuestión.

Por otro lado, el 18 de febrero de 1994 la asamblea general de las Naciones Unidas aprueba la resolución A/RES/48/163 mediante la cual proclama el Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas, que comenzaría el 10 de diciembre del mismo año y deciden entre otras, lo siguiente:

2. Decide que la meta del Decenio sea el fortalecimiento de la cooperación internacional para la solución de los problemas con que se enfrentan los pueblos indígenas en esferas tales como los derechos humanos, el medio ambiente, el desarrollo, la educación y la salud;

19. Insta a los órganos, programas y organismos especializados competentes del sistema de las Naciones Unidas a que, al planificar las actividades para el Decenio, estudien la forma de utilizar los programas y recursos existentes para favorecer más efectivamente a las poblaciones indígenas, incluso estudiando la forma de incorporar o fomentar las perspectivas y actividades indígenas (Naciones Unidas, 1994).

La declaración del decenio internacional de los pueblos indígenas permite a los organismos de las Naciones Unidas y los estados miembros a contar con una agenda de

largo plazo y permanente atención a los pueblos indígenas y no sea solo una preocupación coyuntural por la celebración de los 500 años de la llegada de los españoles a las Américas.

A partir de ese mandato de las Naciones Unidas y la iniciativa SAPIA de la OPS/OMS, se realizan investigaciones destinadas a reflejar la situación de los pueblos indígenas respecto al acceso a los servicios públicos, empleo y pobreza en comparación con las poblaciones no indígenas, en países con presencia de población originaria: Bolivia, México, Ecuador, Guatemala y Perú. Una cantidad de investigaciones son promovidas por las agencias de cooperación internacional.

Una de las primeras investigaciones respecto a la situación de los pueblos indígenas es la compilada por George Psacharopoulos y Harry Anthony Patrinos, publicada en 1994, en el que se realiza un estudio empírico de la pobreza de las poblaciones indígenas de los países de Bolivia, Guatemala, México y Perú, de la que se puede resaltar las siguientes conclusiones:

Entre las poblaciones indígenas de América Latina, la pobreza es generalizada y grave.

Las condiciones de vida de la población indígena son generalmente miserables, especialmente si se las compara con las de la población no indígena.

CUADRO II.2

PORCENTAJE DE LA POBLACION POR DEBAJO DEL NIVEL DE POBREZA

País	Indígena	No indígena
Bolivia	64,3	48,1
Guatemala	86,6	53,9
México	80,6	17,9
Perú	79,0	49,7

Fuente: EIH 1989, ENSD 1989, INEGI 1989, PLSS 1991.

Los problemas de salud de los grupos indígenas son graves, en el Perú como en Bolivia, los indígenas muestran una mayor probabilidad de enfermarse que los no

indígenas, pero una probabilidad menor de consultar a un médico. (Psacharopoulos-Patrinós, 1999, págs. 224-229).

Diez años más tarde, Gillete Hall y Harry A. Patrinos el año 2006 por encargo del Banco Mundial, realizan una evaluación de los progresos logrados en la década de los pueblos indígenas, sobre el acceso de esa población a los servicios públicos en los cinco países: Bolivia, Ecuador, Guatemala, México y Perú, en el caso de Bolivia la evaluación respecto a la atención de parto institucional reporta que solo el 30%, de los partos en poblaciones indígenas se realizan en establecimientos de salud, en cambio en las poblaciones no indígenas la atención alcanza el 55%, en las poblaciones indígenas los partos atendidos en domicilio se reporta un 51%, en contraposición, los partos producidos en domicilios en las poblaciones no indígenas que solo sería del 13%, según los autores esa diferencia se explicaría por las diferencias culturales, cuando señalan, “Aunque esta diferencia se puede atribuir a las tradiciones culturales indígenas” como en el informe de 1999 (Psacharopoulos-Patrinós, 1999) la cualidad de ser indígena condiciona la atención en salud. (JIMENEZ-LANDA-YAÑEZ, 2006, pág. 70)

Para mejorar los indicadores de atención en salud y en especial la atención de salud materna los autores recomiendan:

El modelo propuesto presta diez nuevos beneficios a 232 municipios indígenas adaptando los servicios a las creencias y costumbres locales. Entre los beneficios propuestos están: La prestación de un seguro básico de salud para indígenas de áreas rurales, la creación de oficinas interculturales en las instalaciones de salud a fin de defender y promover los derechos y costumbres de los pueblos indígenas y una unidad móvil para atender a las comunidades indígena dispersas.

Estas propuestas se acompañaron de otras sugerencias de adaptación cultural de los servicios de salud, entre ellas las oficinas interculturales de salud para garantizar el apoyo a los indígenas y asegurarles un trato digno durante la prestación del servicio de salud (JIMENEZ-LANDA-YAÑEZ, 2006, pág. 73)

Estas recomendaciones apuestan a la interculturalidad de la salud para mejorar los indicadores de atención en salud de las poblaciones indígenas, la interculturalidad entendida como adecuación cultural de los servicios de salud, como la incorporación de prácticas curativas y sanación de los pueblos nativos, llamados medicina indígena, a los servicios de salud de los centros hospitalarios, criterio compartido por Hall y Patrinos cuando señalan:

Segunda, no es suficiente asegurar el acceso de la población indígena a las instituciones prestadoras de servicios de salud. A veces, es preciso incorporarlas. Algunos países, como es el caso de Ecuador, están ensayando una oferta de servicios que permite escoger entre la medicina moderna y la medicina tradicional por lo cual se recomiendan una mayor experimentación al respecto y evaluaciones de tales iniciativas.

Tercera, para una focalización efectiva y así como para el tratamiento y cuidado pertinentes de la población indígena, es preciso capacitar a los proveedores de salud para que interactúen adecuadamente con dicha población. Esto debería incluir instrucción sobre aspectos culturales y, si fuese necesario, la enseñanza de las lenguas indígenas. Adicionalmente, se deben tomar otras medidas tendientes a incorporar a los practicantes de la medicina indígena, con el fin de asegurar que el sistema de salud integre y atienda en forma adecuada a la población indígena. (Hall, G. y Patrinos, H., 2006, pág. 260).

Las recomendaciones de los estudios realizados por encargo del Banco Mundial, sirvieron como punto de partida para la formulación de las políticas, llamadas, de salud intercultural, elaboración de programas y diseño de modelos de atención en salud en países con presencia de población indígena, además se enmarcan en el discurso del cumplimiento de los objetivos del desarrollo del milenio ODM y la revalorización y protección de las poblaciones indígenas en el marco del decenio de los pueblos indígenas. Los programas de salud que no tomaban como base dichas recomendaciones corrían el riesgo de no ser

calificados para su financiamiento y ser declarados como no elegibles para el financiamiento por esos organismos.

III.3.3. Estudios a nivel local

A nivel local se destacan cuatro tipos de estudios y sucesos: 1. Estudios que identifican, cuantifican y localizan a los pueblos indígenas de Bolivia, 2. Estudios que dan cuenta de la lucha de los pueblos indígenas por el reconocimiento de sus derechos y la demanda por la reforma constitucional, 3. Estudios sobre la medicina tradicional y la necesidad de revalorizar y lograr su reconocimiento en el sistema de atención en salud y 4. Cambios en las élites políticas, presencia y ascenso al poder político de movimiento y partidos con discursos indigenistas.

III.3.3.1. Quiénes, cuántos y donde están los pueblos indígenas de Bolivia

Entre los estudios completos sobre la cantidad de etnias y lenguas de pueblos indígenas en Bolivia se destacan los estudios realizados por: Gonzalo Ruiz Martínez, quien identifica 34 etnias que habitan el territorio boliviano (Ruiz, 2006, pág. 28), Ramiro Molina y Xavier Albó, que responden a la necesidad de “diversas instituciones públicas y privadas, nacionales e internacionales que, habiendo definido políticas en beneficio de esta población, necesitaban saber quiénes y cuántos son y en qué condiciones se encuentran para poder planificar su trabajo de manera adecuada” (R. Molina, X. Albó, 2006, pág. 19), quienes a partir de los datos del censo de 2001, concluyen que las personas que se auto identifican como indígena alcanza el 62% de la población boliviana y se reporta por primera vez, la existencia de 36 pueblos indígenas en Bolivia (R. Molina, X. Albó, 2006) de donde surgen las 36 naciones y pueblos indígena originario campesinos reconocidas por la constitución política del Estado (BOLIVIA-CPE, 2009, pág. 8), que se muestra como un triunfo de la lucha de los pueblos indígenas de Bolivia, aunque ese reconocimiento no ha servido para mejorar la calidad de vida de sus habitantes, como se revisará más adelante.

A partir de las boletas del censo y con los datos recogidos por los empadronadores, Ramiro Molina y Xavier Albó, sin más prueba que las boletas, identifican a 36 naciones y pueblos indígenas originario campesinos y los 36 se constitucionalizan, cuando 10 de ellos no tienen ni 100 miembros, los de menor población que son dos, no alcanzan ni a 10 almas. Lo que demuestra el entusiasmo por los asuntos indígenas en las investigaciones antropológicas de autores bolivianos, de las agencias y organismos internacionales, que se apropian de esas investigaciones y consideran válidas para desplegar políticas y programas que beneficien a dicha población, en realidad únicamente se despliegan discursos que nombran a los pueblos indígenas y ponen como condición nombrar algunos de ellos en proyectos de desarrollo para que los mismos sean declarados elegibles para la financiación por las agencias de cooperación, aunque los beneficios no lleguen a las poblaciones nativas.

Por su lado las nuevas élites políticas bolivianas incorporan a su discurso la existencia de los 36 pueblos indígena originario campesinos, cuyo testimonio es la inclusión en la constitución boliviana de 2009 y despliegan una estrategia de comunicación para visibilizar a los pueblos indígenas, sobre todo su vestimenta, danza, música e idioma, la que se muestra en los actos oficiales del gobierno con un desfile de los treinta y seis pueblos para mostrar al país y el mundo el carácter plurinacional del estado boliviano, aunque esta acción del gobierno de nombrar a cada de los pueblos indígenas, reconocer su idioma como idiomas oficiales del estado y mostrar físicamente la presencia de representantes en el legislativo y estructura de los organismos del estado a través del partido oficialista, oculta la acción de exclusión de los pueblos nativos en la provisión de servicios públicos de calidad y de sus instituciones en la constitución del llamado estado plurinacional (Choque, 2014, págs. 49-93).

La declaración del decenio de las poblaciones indígenas y las directrices de organismos internacionales de desarrollo tienen efectos inmediatos, lo importante es nombrar a los pueblos indígenas, implementar programas y proyectos pilotos con nombres en idiomas aymara o qhichwa, “Causanchispaj”, “Hospital Kallawaya” presentar los informes y

memorias con fotos de personas con vestimenta de indígenas, aunque no hayan contribuido en la mejora de la calidad de vida de los indígenas y tampoco se hayan realizado mediciones científicas del impacto en la vida de esas poblaciones. Así nacen las políticas llamadas interculturales, sin investigaciones serias sobre las causas de las bajas coberturas de atención en salud en poblaciones rurales, como veremos en el caso de la salud intercultural.

III.3.3.2. Movilización y lucha por los derechos de los pueblos indígenas

Hasta los años 90s los pueblos aymara, qhichwa ya habían logrado superar el denominativo de indígenas, este denominativo todavía era aceptado para los pueblos nativos del oriente, a la se ha denominado pueblos indígenas del oriente, ésta diferencia se debe a dos procesos diferentes respecto a la tenencia de la tierra.

Los pueblos aymara y qhichwa que habían conseguido la ley de la reforma agraria del año 1952, la misma al abolir el latifundio facilitó y garantizó el acceso a la tierra de diferentes maneras, pero además dio lugar a la organización del sindicato campesino, hasta la conformación de su ente matriz la Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia CSUTCB, aquí según Silvia Rivera (Rivera, 2010) se produciría la campecinización de los pueblos aymara y qhichwa y nace un nuevo sujeto ajeno a los pueblos nativos, el campesinado, pero los aymara y qhichwa asumieron el papel del campesino, puede que haya sido como una forma de dejar de ser pongos y no precisamente dejar sus identidades originarias.

En el ámbito político se dieron dos procesos: El primero, cuando los líderes de la CSUTCB habían sido cooptados por los partidos políticos para ser candidatos a cargos electivos en representación del campesinado y algunos lograron ser elegidos diputados y otros nombrados ministros de estado, como el ascenso de Victor Hugo Cárdenas a la vice presidencia de la república el año 1992 con un partido neoliberal del MNR (Albo, 1993, pág. 40) y el segundo proceso es la construcción de los partidos políticos indianistas, indigenistas y kataristas, desde los años 70 como MINKA, MUJA, PAN, PIK, PIAK,

MNTK, MITKA, MRTK, MRTK-L, algunos de los cuales participaron en elecciones (MACUSAYA, 2018, pág. 44), se cierra el ciclo con la participación en las elecciones nacionales de 2002 de Felipe Quispe del MIP y Evo Morales por el MAS IPSP (Escárzaga, 2012, pág. 207).

Por otro lado, las medidas de la reforma agraria del 1952 no impactaron en los pueblos nativos del oriente, sobre todo no les garantizó el dominio a sus territorios, por eso, en la medida en que la agroindustria, la ganadería y las empresas madereras se expandían ocupando, desalojando y reduciendo los territorios de los pueblos nativos asentados en los departamentos de Beni y Santa Cruz y en muchos casos desalojando de sus territorios, lo que ha dado lugar a la necesidad de organización de esos pueblos para defender sus territorios y así nace la CIDOB,

Las movilizaciones y luchas de los pueblos indígenas del oriente boliviano por el reconocimiento de sus derechos y el respeto de sus territorios y sus formas de vida se inician en los años 90s, según la Fundación Tierra (FundaciónTIERRA, 2011, págs. 12-13), el año 1990 se realiza la primera marcha organizada por los indígenas del Beni denominado “Marcha por la Dignidad y el Territorio” demandando el respeto a los “territorios indígenas”. La segunda marcha, organizada por la Confederación de Pueblos Indígenas del Oriente de Bolivia CIDOB, denominada “Marcha por el Territorio, el Desarrollo y la participación Política de los Pueblos Indígenas” que demandaba la titulación de las Tierras Comunitarias de Origen TCO.

Según la misma fundación, el año 2000 se produce la tercera marcha de la cual participan los indígenas de la Amazonía del departamento de Pando y de la provincia Vaca Diez del departamento de Beni, la marcha se denomina: “Marcha por la Tierra, el Territorio y los Recursos Naturales” y exigían la aplicación del saneamiento y dotación de tierras. Finalmente, según la misma fuente, en año 2002 “Se produce la Marcha desde Santa Cruz a la ciudad de La Paz en exigencia de la convocatoria a la Asamblea Constituyente, el respeto y constitucionalización de los derechos de los pueblos indígenas de Bolivia”.

Las diferentes marchas indígenas lograron sensibilizar a toda la población respecto a la defensa de sus derechos, sus formas de vida y el territorio de los pueblos indígenas.

III.3.3.3. La medicina tradicional y las plantas medicinales

Según Luengo y Zalles, Bolivia ha sido el primer país en reconocer la medicina tradicional a través del reconocimiento de la organización de jatiris, kalawayas, jampiris, agrupados en la sociedad boliviana de médicos tradicionales SOBOMETRA en el año 1984, mediante resolución suprema N° 198771 (Luengo, B. y Zalles, J., 1984), dos años más tarde se habría oficializado la reglamentación de la medicina tradicional.

El año 2004 la cultura kallawayaya es declarado por la UNESCO, “Obra maestra del patrimonio oral de la humanidad”, lo que refuerza la importancia de las prácticas curativas y de cuidado de la salud, con la cual la cultura Kallawayaya se protege, fortalece, respeta y se promociona, es obligación del estado conservarla, junto a la misma se revaloriza la medicina tradicional.

A manera ejemplo se cita algunas investigaciones sobre herbolaria y farmacopea de la medicina tradicional en Bolivia:

El año 2006, Prem Jai Vidaurre de la Riva publica un artículo en la revista Botánica Económica de los Andes Centrales de la UMSA, con el título Plantas Medicinales en los Andes de Bolivia (Vidaurre de la Riva, 2006), donde hace un inventario de 3.000 plantas medicinales, resalta el liderazgo de la medicina Kallawayaya en el manejo de las plantas tradicionales, plantación, recolección, clasificación, almacenamiento y distribución.

En el año 2011, Liliana Madrid de Zito Fontan (Fontan, 2011), publica un artículo con el título de, Farmacopea, Herbolaria y Terapia Ritual; una contribución para el estudio de la medicina tradicional en la Yunga boliviana, donde enumera las hierbas y plantas medicinales utilizadas por los kallawayaya.

III.3.4. Cambios en la élite política boliviana

El triunfo de Evo Morales en las elecciones de diciembre de 2005 significó un cambio en la élite política nacional. El MAS partido ganador de las elecciones, se esfuerza en mostrar que un indígena llega a la presidencia por primera vez y se prepara un acto simbólico de asunción de mando en los sitios arqueológicos de Tiwanaku en una ceremonia y con una indumentaria indígena, como refleja el periódico El País de España de entonces:

En un acto solemne, aunque cargado de simbolismo, el aimara Evo Morales ha sido investido este domingo como el primer presidente indio de Bolivia ante el Congreso de la Nación, al que han asistido más de un centenar de personalidades, entre ellas una docena de gobernantes, que no han querido faltar a una jornada histórica que ha despertado el interés más allá de las fronteras del país latinoamericano (El-País, 2006).

El nuevo gobierno el 6 de marzo del mismo año convoca a la realización de una asamblea constituyente, aunque de acuerdo a la convocatoria los pueblos indígenas no pueden elegir directamente a sus representantes, sino a través de los partidos políticos, pero en el acto de inauguración del 6 de agosto, se quiso mostrar como una asamblea indígena originario, como señala Franco Gamboa, “En primer lugar, un desfile congregó a más de treinta etnias de toda Bolivia, con lo cual se ratificó una de las influencias dominantes: la orientación indigenista y multicultural en el proceso constituyente” (Gamboa, 2009, pág. 27).

La asamblea constituyente aprueba una nueva constitución política del estado que define a Bolivia como: “un Estado Unitario Social de Derecho Plurinacional Comunitario” y se destina un capítulo para el reconocimiento de los derechos de lo que se llamó naciones y pueblos indígena originario campesinos, entre las que se encuentran: el respeto y valoración de sus saberes, conocimientos tradicionales, rituales, medicina tradicional, así como, el derecho al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales (BOLIVIA-CPE, 2009, págs. 18-19).

Según Yolanda Vargas, “A partir del año 2006 el contexto político, jurídico y organizativo en el país brindaba las condiciones para el diseño de la política inclusiva, capaz de romper la marginación, fundamentalmente la barrera cultural”, para el cual, según la autora, se organizaron eventos nacionales e internacionales para recoger lecciones aprendidas sobre la promoción de la salud y salud intercultural, “Pero el país requería de su propio paradigma que responda a la realidad plurinacional, que se acercara aquella población que lo había reclamado en las calles, en los campos y que hoy vibraban esperanzados... había que pensar en ellos”, además continúa Vargas, “había que responder a la presión del nivel político y a su vez entregar estas al sector” (Vargas, 2013, pág. 56).

Se puede concluir entonces que la política de salud intercultural SAFCI, es más un producto de los intereses políticos, que de una verdadera estrategia de accesibilidad a los servicios de salud público de las poblaciones indígenas.

III.3.5. Conclusiones del contexto

La declaración del decenio de los pueblos indígenas del mundo el año 1994 y la declaración del milenio mediante el cual se define los objetivos de desarrollo del milenio ODM, por parte de las Naciones Unidas, ha obligado a los estados miembros a poner en la agenda pública la atención a los pueblos indígenas, ratificando los convenios internacionales, aprobando leyes en favor de los pueblos indígenas e implementando programas y políticas llamadas interculturales.

En cumplimiento de ambas agendas los organismos internacionales han propiciado estudios sobre la situación de los pueblos indígenas en países con población nativa, sobre cuyos resultados han orientado sus financiamientos, los organismos buscaron financiar programas que incorporen la provisión de servicios públicos a esas poblaciones, de igual forma los estados realizan proyectos destinados a rescatar y fomentar las formas de producción, prácticas sociales, culturales y de salud de las poblaciones originarias.

Esta visión es la que ha orientado el trabajo de la OPS/OMS y de la cooperación internacional en Bolivia desde los primeros años de este siglo, que ha coincidido con la demanda y lucha de los pueblos indígenas del oriente boliviano, un nuevo régimen político con el sello del estado plurinacional, la aprobación de la nueva constitución en el año 2009.

El discurso, la promoción y el financiamiento de proyectos de salud intercultural por los organismos de cooperación internacional en algunas regiones del país, se inicia según Yolanda Vargas el año 2004 (Vargas, 2013, págs. 35-68) en el municipio de Curva donde se implementa el hospital Kallawayá con financiamiento de la cooperación española, el año 2004 y 2005, en el municipio de Tinquipaya se implementa el proyecto de salud integral e intercultural por COOPI de la cooperación italiana, el año 2006 en el municipio de Patacamaya se implementa la interculturalidad de la salud, con la sala de partos con adecuación cultural con financiamiento de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y el año 2008 en el municipio de Caiza “D” y Cotagaita se implementa la salud comunitaria por la ONG Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj con financiamiento de la Agencia de Cooperación Danesa para el Desarrollo DANIDA.

Por otro lado, según Susana Ramírez, “El sector salud, con asesoramiento de algunos científicos sociales que trabajan en universidades y en el ámbito de la cooperación internacional, incorporó este término en un discurso básicamente político” (Ramírez, 2010, pág. 51), la propuesta de salud intercultural no sería producto de investigaciones que identifiquen la cultura como una barrera para el acceso a los servicios de salud de las poblaciones indígenas, en ese sentido la autora argumenta:

La apropiación del concepto de interculturalidad por parte de los movimientos indígenas de Bolivia se produjo a partir de las experiencias de los países vecinos, en concreto, del proceso llevado a cabo en Ecuador. El movimiento indígena en Bolivia aplica el concepto de interculturalidad, casi en exclusiva, a la “educación

intercultural” centrada básicamente en una educación indígena bilingüe, posteriormente se relacionó a la “salud intercultural” como propuesta de reconocimiento de las medicinas indígenas tradicionales y como una manera de entender y revalorizar lo propio (Ramirez, 2010, pág. 53).

De manera similar Fernandez-Juárez manifiesta al respecto que (Fernández, 2010, pág. 29) “Buena parte de los estados de América Latina abrazan la salud intercultural, en parte más por corrientes y modas políticas que por convencimiento, mientras todavía no se han consolidado los seguros universales de salud gratuitos”, producto del cual se tiene como resultado, continúa el autor:

La presencia de políticas interculturales en salud en América Latina, en poblaciones que no han adquirido el reconocimiento de los seguros universales, gratuitos y de acceso universal en salud, genera en la población dominante la idea de que las cuestiones de interculturalidad constituye un ‘sucedáneo exótico en atención a la salud de los pueblos originarios en consonancia con las modas políticas, pero de escaso interés y nula repercusión en la calidad de los servicios de salud prestados a los pueblos originarios, así como el nulo reconocimiento a la manifiesta capacidad de gestión de la misma por parte de éstos. Es decir, la interculturalidad se configura en este caso en una estructura política ideológica manejada por los ‘no originarios’ sobre los pueblos originarios al estilo de los primeros tiempos del indigenismo intelectual en el siglo XX. (Fernández, 2010, pág. 30)

En efecto, en lo que se ha escrito sobre la salud intercultural no se ha encontrado demandas de la población aymara o qhichwa sobre la incorporación de la llamada medicina tradicional a la institucionalidad de la salud, menos la incorporación del yatiri al establecimiento de salud, ya que el yatiri siempre está en la comunidad, porque es parte de la comunidad, para qué pedirían se lo lleve lejos, allá donde está el centro de salud o hospital, donde tendría que ir a buscarlo para hacerse atender cuando tengan algún problema de salud.

Ni siquiera los yatiris, llamados médicos tradicionales, pidieron ser incorporados al sistema de salud y menos solicitaron la salud intercultural, aunque sí aceptaron trabajar en el centro de salud bajo la promesa de un reconocimiento económico, pero en cuanto no se cumplió el compromiso abandonaron o asisten simbólicamente, porque tampoco entienden eso de la interculturalidad e incluso les es ajeno, como señala Gerardo Fernández que recoge las palabras de uno de los representantes de los yatiri: “A los médicos tradicionales nos da miedo la interculturalidad; no sabemos qué es eso, más bien pensamos que alguien va a venir de fuera a robar nuestros conocimientos” (Fernández, 2010, pág. 35), lo que no ha cambiado en 10 años, porque ya en 1999 el propio autor, reportaba otro testimonio parecido:

Recuerdo a un viejito yatiri aymara que me decía en la comunidad de Qorpa (Provincia Ingavi del Departamento de La Paz) que él nunca acudía a los talleres que organizaba el centro de salud con las familias de la comunidad, porque en aquéllos el personal de salud únicamente aprendía de los conocimientos de él, pero ellos no revelaban nada de los suyos (Fernández Juárez, 1999) (Fernández, 2010, pág. 35)

Si los yatiris, por miedo a que les roben sus conocimientos, no demandaron la incorporación al centro de salud, solo a los ajenos a la realidad de las comunidades rurales aymara y qhichwa se les ocurrió trasladarlos de la comunidad al establecimiento de salud, incluso rompiendo sus tradiciones, ya que su práctica consiste en atender a los miembros de la comunidad que sufre alguna dolencia en su domicilio, como hace un médico de cabecera en occidente.

Los yatiris, qulliris, kallawayas sólo pidieron reconocimiento a sus organizaciones y respeto a sus prácticas curativas, lo que fueron atendidos por los diferentes órganos del estado, pero antes del reconocimiento formal, la práctica y uso de la medicina tradicional se realiza cotidianamente en las comunidades originarias, allá donde no llega el médico y los fármacos.

III.4. Experiencias de salud intercultural

La salud familiar comunitaria intercultural SAFCI, tiene su origen según Yolanda Vargas (Vargas, 2013) en las experiencias de la salud comunitaria intercultural y salud familiar, desarrolladas en el municipio de Curva con la construcción del Hospital Kallawayaya Boliviano Español, en el municipio de Patacamaya con la construcción de Hospital Municipal Boliviano Español, la implementación del programa de Salud Intercultural en el municipio de Tinquipaya y Salud Comunitaria en los municipios de Caiza “D” y Cotagaita, precisamente por eso, abundan trabajos descriptivos de esas experiencias, que narran lo nuevo del modelo de atención, nuevos actores y nuevas formas de atención en salud, la mayoría de las memorias también son realizados por los organismos que implementaron esos proyectos y en consecuencia sus conclusiones son de aprobación a esas experiencias.

Es necesario evaluar dichas experiencias a la luz de los resultados, esto es, la incidencia en los indicadores de atención en salud y el impacto en la vida de las beneficiarias, a su vez se identifica algunos indicadores de lo que implicaría la interculturalidad en atención de la salud.

III.4.1. Identificación de indicadores de salud intercultural

De la experiencia del hospital kallawayaya del municipio de Curva, que se inicia en el año 2004, según Vargas, (Vargas, 2013) se puede resaltar, “el inicio de la integración de la medicina tradicional con la medicina occidental, como una demostración de interculturalidad e incorporación de la medicina tradicional como parte de la universalización de la salud (...) Un hospital en el que un 50% por ciento está destinado a la medicina tradicional y el otro 50% a la medicina occidental” (Vargas Y. , 2013, pág. 37),⁹ también se menciona la posesión del parto como parte de la cultura de las usuarias, por tanto se pueden identificar dos indicadores de lo que se considera intercultural: 1. La

⁹ El Diario, 29 de febrero de 2004, citado por Yolanda Vargas Quiroga.

incorporación de la medicina tradicional en el establecimiento de salud, que consiste en la instalación de un consultorio del “médico tradicional” y 2. La posición de la madre en el momento de parto.

De la experiencia de la interculturalidad en salud del Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya según Yolanda Vargas, (Vargas Y. , 2013, pág. 38), que se implementa desde año 2000 se pueden identificar los siguientes indicadores: 1. Construcción e instalación de salas de parto con adecuación cultural y 2. Ingreso de las parteras al hospital.

El proyecto de salud integral e intercultural implementado por la cooperación italiana (COOPI) en el municipio de Tinquipaya desarrollada entre los años 2004 – 2005, según la autora tendría las siguientes características (Vargas, 2013):

Propuso la articulación entre el sistema biomédico y el tradicional a través de un programa sanitario integral e intercultural, interviniendo desde diferentes perspectivas: calidad brindada por el sistema biomédico, capacitación y valorización de la medicina tradicional, articulación con el sistema oficial y adecuación cultural de la infraestructura. Desde su punto de vista, el proyecto ponía en práctica la interculturalidad en salud. (Vargas, 2013, pág. 43).

Del proyecto de Tinquipaya se podría extraer los siguientes indicadores: 1. Involucramiento de las autoridades municipales y autoridades originarias y 2. Parteras reportan los partos atendidos a los establecimientos de salud.

Finalmente, Yolanda Vargas cita como el antecedente más próximo al proyecto Salud Comunitaria Intercultural en Caiza “D” y Cotagaita, implementado por la organización no gubernamental Causananchispaj, según la autora, el proyecto, “trataba de atención de calidad con pertinencia cultural”

A partir de la participación comunitaria en el proceso de gestión se concibió un modelo de salud comunitario intercultural, que enfatizó la calidad en la atención con pertinencia cultural, la promoción de la salud como estrategia de fortalecimiento a la gestión participativa a nivel local y municipal. Este modelo hoy es política local y principal referencia en la construcción de la política y modelo de la SAFCI (DS 29601), del Estado plurinacional. (Vargas, 2013, pág. 50).

De esta última experiencia se puede identificar los siguientes indicadores de acuerdo a Yolanda Vargas: (Vargas, 2013) 1. Elaboración de protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuados, 2. Medición de resultados de la implementación del proyecto y 3. La incorporación del modelo en plan de desarrollo municipal PDM.

Algunos de los indicadores identificados en las experiencias de salud intercultural revisados, son tomados en cuenta en los protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuado, aprobado mediante resolución ministerial N° 348 el 2 de junio de 2006, las directrices del ministerio de salud considera la existencia de varios modelos de atención en salud, “a) Modelo hegemónico (biomédico), b) Modelo subordinado y alternativo (tradicional) y, c) Modelo de autoatención (familiar)” (Min. Salud, 2006, pág. 1), a los que se puede añadir, lo que Susana Ramírez llama el sistema religioso (Ramírez, 2006, pág. 406).

Según los protocolos de atención materna neonatal culturalmente adecuado (Min. Salud, 2006), los indicadores de interculturalidad se resumirían en:

- a) Acompañamiento de familiares.
- b) Se debe evitar el uso de mandil blanco, barbijos y guantes.
- c) Evitar en el diagnóstico el tacto vaginal.
- d) Garantizar ambiente cálido 25° C.
- e) Análisis de sangre siempre con el consentimiento de la paciente.

- f) Ambiente culturalmente adecuado.
- g) Permitir se realicen masajes por familiares
- h) Permitir ingesta de alimentos y bebidas como mates.
- i) Permitir los rituales tradicionales.
- j) La parturienta debe escoger la posición del parto, que sea cómodo para ella.
- k) Después del parto entregar la placenta a los familiares.

La pregunta es, ¿Los indicadores de interculturalidad que se describen en los protocolos de atención, ya citados, son realmente interculturales o son indicadores de calidad?, las respuestas se encontrarán en el siguiente acápite.

III.4.2. Discusión sobre sistema de salud e indicadores interculturales

Las personas cuando sienten un malestar o padecen de una enfermedad en cualquier cultura atienden, en primer momento, con los conocimientos, procedimientos, remedios y medicinas que están al alcance de sus manos, incluso el que escribe y los lectores del presente trabajo en algún momento de sus vidas han sufrido algún malestar, enfermedad o accidente, cuando el centro hospitalario no está al alcance, cualquiera sea la razón: falta de tiempo, falta de aseguramiento o directamente la inexistencia del servicio, han sido atendidos por sus madres y abuelas, de igual manera las personas de cualquier cultura, incluida las personas de la cultura occidental.

La forma como una persona trata su enfermedad, depende de sus conocimientos en ese momento y de las personas que se encuentran a su alrededor, lo cual varía de persona en persona, ni siquiera un apersona repite un tratamiento de la misma manera, que la experiencia anterior en el tratamiento de la misma dolencia, porque la disponibilidad de los recursos cambian dependiendo del lugar donde trabaja y habita, la auto atención como la automedicación, no se puede llamar modelo o sistema de salud de atención en salud, ya que no hay dos personas que repitan el mismo procedimiento para cuidar su salud, incluso

una misma persona suele tratar una enfermedad tomando mates (medicina tradicional), se automedica (medicina occidental) y puede realizar una plegaria a sus dioses pidiendo sanación (medicina religiosa).

De la misma manera la llamada medicina tradicional no se puede considerar un sistema de salud, debido a que cada *yatiri*, *qulliri*, *chamakani*, partera, *kallawaya* posee conocimientos que difieren de uno a otro e incluso difícilmente un “médico tradicional pueda compartir con otro, los conocimientos que cada uno posee es un secreto, es de su propiedad privada, solo él sabe el secreto de la curación y así cada uno de ellos posee el secreto o don que proviene, en algunos casos de sus ancestros, en otro, de la caída de un rayo o un ente sobrenatural.

Por otro lado, las prácticas curativas varían de un lugar a otro, de una comunidad a otra, así como cambian sus relaciones con los fenómenos naturales y sus creencias, pero para la antropología de la salud, la automedicación, el cuidado tradicional de la salud de los pueblos nativos son sendos sistemas de atención en salud.

Pero la antropología no solo considera las prácticas curativas y de cuidado de la salud de los yatiris, como sistemas de atención en salud, también considera que los mecanismos de control y sanciones de los ayllus aymara y qhichwa son considerados como sistemas judiciales, como refleja F.C.H. Mansilla, en Bolivia se expande “la concepción de una justicia indígena comunitaria expedita y no burocrática, que estaría más “cerca del pueblo” y sería más equitativa y legítima que la enrevesada justicia occidental” (Mansilla, 2014, pág. 231), cuyo objetivo es deslegitimar y desvalorizar los servicios públicos del estado.

Respecto a la llamada sistema médico religioso, no podría ser sistema debido a que solo tendría alcance a los que profesan una determinada fe, dentro el cual dependería, a su vez, de la calidad de su fe, el remedio alcanzaría solo a los que tienen mucha fe y a los que no logran una conexión con sus dioses mediante su creencia no logrará la sanación.

Llamar sistema o modelo de atención en salud a toda práctica curativa, puede servir como hipótesis de los estudios antropológicos, pero en la realidad, solo ha servido para que las poblaciones aymara y qhichwa sean excluidos de los servicios públicos de salud, para efectos de medir la cobertura de atención en salud, únicamente se cuenta los casos atendidos en los establecimientos de salud, las otras atenciones del cuidado de la salud no cuentan como atenciones médicas, es decir, los cuidados de las parteras, yatiri, kallawaya, no cuentan como atención médica para los indicadores de atención en salud, únicamente las atenciones por personal médico se encuentran registrados en el SNIS, las atenciones de parto por partera, si son reportados se registran como parto en domicilio sin atención médica, en consecuencia la única manera de alcanzar cobertura universal de salud es haciendo que todas las parturientas sean atendidas por personal médico y en establecimiento de salud.

Las atenciones de matronas, parteras, yatiris y kallawayas a las pacientes aymara y qhichwa son pagados por las propios pacientes, ninguna de estas atenciones son gratuitas, todo tiene un costo y este costo es cubierto por las propias pacientes, en muchos casos las tarifas son similares a la de un médico en establecimiento de salud privado, pero tratándose de que el cuidado de la salud es un derecho humano garantizado por el estado mediante la constitución, los pueblos indígenas al ser atendidos por “médicos tradicionales”, son negados en la atención de salud por personal especializado.

A continuación, se hará una revisión de algunos indicadores de interculturalidad, si son exclusivos de los pueblos aymara y qhichwa o más bien forman parte de la calidad de atención en salud, pero la evaluación se hará en comparación con la “Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia” de la Nación Argentina y otras normas similares de Cuba, panamá y Chile, considerando que estos países tienen menor población indígena:

a) Acompañamiento de Familiares

El acompañamiento de familiares a la parturienta en la internación y en el momento del parto es absolutamente necesario, es parte de la calidad del servicio, por ejemplo,

el reglamento general de hospitales de Cuba señala al respecto, “Contar con un acompañante durante su hospitalización, incluso en los Servicios de Atención al Grave y las Unidades de Partos, siempre y cuando no ponga en peligro la salud o la vida del paciente” (MIN. SALUD PUBLICA, CUBA, 2007, pág. Art.163), otro ejemplo, en la guía para la atención del parto normal de la república de Argentina indica, “Ofrecer a todas las mujeres la presencia sin restricciones del acompañante que ella elija, incluyendo padre/madre, cónyuge, familiar o amigo, durante el trabajo de parto y el parto” (MIN. SALUD ARGENTINA, 2010, pág. 18). En consecuencia, el acompañamiento de familiar no sería un indicador de interculturalidad, sino más bien, un indicador de calidad del servicio de salud.

La calidad del servicio de salud no sólo requiere el acompañamiento de algún familiar en la atención a la paciente, sino de la participación en la preparación y recuperación de la paciente de la intervención médica. Si el servicio de salud pública en Bolivia no permitía y no permite la presencia de un acompañante en el proceso de atención médica, significa únicamente que la calidad del servicio en Bolivia era y es mala, que debe ser superado al interior del servicio y no usar como indicador de interculturalidad del servicio.

b) Se debe evitar el uso de mandil blanco, barbijos y guantes.

No se ha encontrado referencias respecto a la limitación del uso de mandiles, barbijos y guantes blancos, en las normas de atención de parto de los países revisados, pero tampoco se ha encontrado en las entrevistas, que el uso de los elementos mencionados, como un obstáculo para recibir atención médica en la población aymara y qhichwa.

c) Evitar en el diagnóstico el tacto vaginal.

En las normas revisadas no se ha encontrado referencias al respecto.

d) Garantizar ambiente cálido 25° C.

Respecto a la temperatura de la sala de parto, en la guía para la atención del parto normal de la república de Argentina indica “Las salas deben estar adecuadamente iluminadas y la temperatura adecuada para evitar enfriamientos de la madre y el neonato (24 a 26 oC)” (MIN. SALUD ARGENTINA, 2010, pág. 101).

En consecuencia, la temperatura de la sala de parto es una condición de la calidad del servicio de salud y no es un indicador de interculturalidad.

e) Análisis de sangre siempre con el consentimiento de la paciente.

No se ha encontrado referencias al respecto en las normas revisadas, pero se entiende que cualquier análisis siempre debe ser con el pleno consentimiento del paciente.

f) Ambiente culturalmente adecuado.

Las normas revisadas no hacen referencia al respecto.

g) Permitir se realicen masajes por familiares

La intervención de los familiares en la realización de los masajes a las pacientes no se encuentra en las normas revisadas.

h) Permitir ingesta de alimentos y bebidas como mates.

Las normas técnicas – administrativas y protocolos de atención de la república de Panamá señala “Permita a la embarazada ingerir agua y/o líquidos claros isotónicos azucarados (por ejemplo: te, jugo de manzana) cuando lo desee y en pequeñas cantidades, hasta que alcance los 5 cm de dilatación cervical, especialmente si está visiblemente desnutrida o se cansa durante el trabajo de parto” (PANAMA MINISTERIO DE SALUD, 2015, pág. 47), en consecuencia la ingesta de mates y jugos es parte de la calidad del servicio y no necesariamente de interculturalidad.

i) Permitir los rituales tradicionales.

En las normas sobre el procedimiento de atención de parto no se encontró referencias respecto al tema.

j) La parturienta debe escoger la posición del parto, que sea cómodo para ella.

En el manual de atención personalizada en el proceso reproductivo de Chile describe 14 posiciones de trabajo de Parto, sus ventajas y desventajas (MINISTERIO DE SALUD CHILE, 2008, págs. 207-216) y es bien conocido que los gobiernos de Chile no son proclives a apoyar a los pueblos indígenas y en consecuencia la posición de trabajo de parto es únicamente un requisito de calidad.

En la Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia de la nación Argentina, se señala, “Se debe incentivar a las mujeres a que adopten la posición que les resulte más cómoda, ya que hay evidencias de que esta medida disminuye el dolor” (Cochrane 1995), lo cual es una prueba que la posesión de la parturienta en el trabajo de parto es más un indicador de calidad, que de interculturalidad.

k) Después del parto entregar la placenta a los familiares.

En los protocolos y normas revisadas no se hace referencia a la disposición de la placenta, pero tampoco en los estudios revisados en Bolivia, se ha encontrado incidentes respecto a la disposición de la placenta y que, a su vez, ésta pueda ser un obstáculo para la atención de parto en los servicios de salud.

III.5. Modelo de salud familiar comunitario intercultural

La política de salud pública en Bolivia llamada, modelo de salud familiar comunitario intercultural se aprueba mediante decreto supremo N° 29601 del año 2008 y señala como objetivo:

El objetivo del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a

los servicios integrales de salud); reivindicar, fortalecer y profundizar la participación social efectiva en la toma de decisiones en la gestión de la salud (buscando la autogestión); y 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. (DS:29601, 2008, pág. 3)

El objetivo de la eliminación de la exclusión social sanitaria, señalada en el SAFCI, se lograría a través de dos estrategias, que responderían a su vez a las causas de la exclusión, 1. Participación social y comunitaria y se define como meta la “gestión compartida de salud” y 2. Lograr la articulación entre la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas, lo que sería en rigor el modelo de salud intercultural.

El SAFCI define como estrategia la promoción de la salud mediante la movilización social en un proceso político de participación, fija espacios y sujetos de participación de la estructura social desde el nivel de comunidad o barrio hasta el nivel nacional y define los espacios de deliberación que son instancias de “Participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos para la toma de decisiones en cuanto a las necesidades y propuestas de salud” (MIN SALUD, 2011, págs. 130-131) en los niveles nacional, departamental y municipal.

Para el SAFCI la “Interculturalidad. Es el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas (académica, indígena originaria campesina y otras), a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas.” (MIN SALUD, 2011, pág. 126)

La denominación del modelo es por demás llamativo, ya que es una sumatoria de palabras plurales, familia, comunidad y cultura y se olvida del individuo, pero en la vida real es la persona individual que sufre las enfermedades y todo modelo de atención en salud debe

estar enfocado en atender a la persona que padece el dolor y la enfermedad hasta sanarlo. Cuando una persona en el área rural de Bolivia se enferma, literalmente está sola, en la vida cotidiana la familia está compuesta por la madre y los hijos, porque generalmente el esposo trabaja en otras regiones o ciudades capital, las vecinas están a una distancia considerable de uno a cinco kilómetros, ni siquiera escucharían pedidos de auxilio y muchas muertes se han producido por falta de auxilio y atención médica, por tanto, los conceptos de familia, comunidad y cultura no permiten concretar en la atención al individuo, por eso en la práctica se quedan sin atención médica, pero por otro lado, no se puede medir la atención de salud de la comunidad y la familia, porque no existen indicadores que permitan evaluar sus resultados.

Para la población que vive en el área rural, la atención en los establecimientos de salud no presenta mejoras, incluso si se construye un centro de salud, donde antes no existía no es sinónimo de servicio de salud, en ese escenario el denominativo de las políticas de salud, no implica cambio en la atención de salud, ellas ni se enteran del cambio de nombre de las políticas, pasan los diferentes gobiernos, pero el servicio de salud no sufre ningún cambio, ellas simplemente se quedan sin servicio, así lo testimonia uno de los médicos tradicionales, citado por Gerardo Fernández.

Nos comentaba al respecto el representante de los médicos tradicionales paceños, en la reunión de las jornadas de La Paz, que ellos no sabían nada de los médicos SAFCI y que aparecían con sus autos en cualquier momento y que desaparecían luego, él solicitaba médicos ‘de verdad’ para las comunidades. ¡Qué gran paradoja! Evitemos grandes experimentos que no hayan sido consensuados, en primer lugar, con las propias comunidades originarias. Las comunidades no pueden formar parte pasiva del proceso de empoderamiento en Salud Intercultural que se pretende.

Si continúan siendo la excusa para superar nuestras propias contradicciones internas (históricas, económicas, políticas, culturales y sociales) la interculturalidad en salud servirá a otros fines distintos a lo que debe ser su principal argumento, superar la

inequidad de los servicios de salud y brindar las mejores atenciones a todos los ciudadanos, sin importar sus orígenes (Fernández, 2010, pág. 36).

Una experiencia más de las políticas de salud en Bolivia, sin ningún impacto en la calidad de atención de la salud de las poblaciones aymara y qhichwa, la política de salud intercultural como discurso legitimador del poder político, cambiando denominativos que solo se concreta en el letrero y en los títulos de los documentos, formularios e informes.

III.6. Resultados de la aplicación del modelo de salud intercultural

A 37 años de la inauguración del Hospital Kallawaya de Amarete, a 27 años de la inauguración del Hospital Kallawaya Boliviano Español de Curva, a 19 años de la experiencia de la interculturalidad en salud del Hospital Municipal Boliviano Español de Patacamaya y a 11 años de vigencia del “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural” (BOLIVIA-D.S.29601, 2008) los indicadores de parto institucional en la mayoría de las poblaciones rurales aymara y qhichwa de Bolivia ha cambiado muy poco.

De acuerdo al censo de población y vivienda del año 2012 (INE, 2012), el promedio de atención de parto institucional en municipios rurales es del 40.8%, pero en 141 municipios rurales registran por debajo del promedio, en 178 municipios con población indígena la cobertura de parto institucional no alcanza el 50%, en 96 municipios la atención de parto en centros de salud es inferior al 30% y en 40 municipios la atención de parto institucional es menor al 20%. Los municipios rurales que tienen indicadores de atención de parto por debajo del promedio nacional del área rural, son municipios que tienen mayoritariamente población aymara y qhichwa, lo que la constitución boliviana define como “Naciones y pueblos indígenas originario campesinos”.

Lo cual es prueba de la poca efectividad de la política de salud intercultural en la mejora de la cobertura de atención de parto en establecimientos de salud, precisamente en poblaciones indígenas para las que están destinadas, se entiende, las políticas de salud intercultural, según el objetivo de la SAFCI, “contribuir en la eliminación de la

exclusión social sanitaria”(MIN.SALUD, 2008). Entonces, la pregunta obligatoria es: ¿Qué ha pasado?, ¿Dónde está el error? y solo hay dos posibles respuestas: 1. Hubo error en el diagnóstico y, en consecuencia, 2. Las políticas aplicadas fueron equivocadas.

Veamos la situación de cobertura de parto institucional en los municipios que han sido citados, como ejemplos de interculturalidad en salud, por todos los estudios realizados en Bolivia.

CUADRO II.3.

RESULTADOS DEPARTO INSTITUCIONAL DE ACUERDO AL CENSO 2012

MUNICIPIO	PARTO INSTITUCIONAL	RANKING NAL.	PARTO EN DOMICILIO
CURVA	8,4%	338 de 339	87,4%
TINQUIPAYA	15,6%	325	78,4%
PATACAMAYA	35,1%	215	61,4%
CAIZA D	43,6%	182	49,8%
COTAGAITA	45,6%	174	48,6%

Elaboración propia en base a los datos de INE, censo 2012.

El resultado de la aplicación de la política de salud intercultural en el municipio de Curva es un fracaso rotundo, a la que nadie puede cerrar los ojos y ante el cual nadie debe quedar indiferente, aunque hasta el presente los partidarios de la salud intercultural se han conformado o consolado con reportes similares al de Juan Vila, Kallawaya de Charazani, recogido por Gerardo Fernández y citado por Jaime Zalles.

“Se puede trabajar. Se puede, se puede. Por ejemplo, donde hay doctor, hay cirujano, hay naturista, hay kallawaya, también matronas, enfermeras de los partos. Son cinco grupos, digamos: doctor, kallawaya, huesero, parteras que hacen nacer wawitas junto con nosotros. Está resultando bien. Todo el grupo tiene cada su oficina, su consultorio cada uno...”. (Juan Vila)

¡Qué bien que 13 Años después de la Inauguración de ese consultorio con el Dr. Javier Torres Goitia, sea uno de los kallawayas, D. Juan Vila, el que evalúe diciendo que “está resultando bien!”

Ese consultorio se inspiró en los del IMSS-COPLAMAR y se abrieron muchos similares a él (Zalles, 2006, pág. 339).

Cómo puede calificarse de positivo y decir que “está resultando bien!” cuando en el municipio de Curva sólo el 8,4% de los partos son atendidos por personal especializado, y en el municipio de Charazani, donde se encuentra Amarete y donde el año 1983 (Luengo, B. y Zalles, J., 1984) se inicia la aplicación de un programa de salud intercultural apenas alcanza el 18,3%, en ambos casos inferior al porcentaje de parto institucional del año 1983, ¿Para quién está resultando bien?, si las madres de ambos municipios continúan teniendo parto en domicilio.

La respuesta también viene del antropólogo Gerardo Fernández citado por Jaime Zalles:

“Resulta gratificante contrastar desde la Antropología la diversidad de opciones planteadas por los diferentes grupos étnicos americanos en relación con el tratamiento de la enfermedad. Gratificante en el sentido de resistencia y freno a las pretensiones de globalización cultural que imperan en estos tiempos (Zalles, 2006, pág. 400).

Ahí está la confesión de la antropología de las universidades europeas, buscaban resistencia a la globalización cultural en los territorios aymara-qhichwa, no buscaban la atención de la salud de las poblaciones “indígenas” y convencieron casi a todos, que lo más importante era la resistencia cultural y en consecuencia ahí están los resultados, las madres aymara y qhichwa se quedaron sin servicio de salud de calidad.

La situación en el municipio de Tinquipaya no es menos desalentadora, la cobertura de parto institucional apenas alcanza al 15.6%, sin embargo, la evaluación de los resultados

de la aplicación de la salud intercultural, hecha por Azucena Fuentes, una de sus promotoras dice:

A la conclusión del proyecto los resultados superaron las expectativas iniciales, pues del puesto número 306 que ocupaba Tinquipaya se situó entre los 10 primeros por resolución de complicaciones durante el embarazo y atención del parto sin riesgo (Fuentes, 2013, pág. 270).

A las organizaciones que promovieron la salud intercultural no les interesa las pruebas, en realidad la prueba es su propia palabra traducido en sus informes de evaluación presentados a las autoridades del ministerio de salud y a sus organizaciones financiadoras, el municipio de Tinquipaya con el 15,6% de parto institucional se encuentra el puesto 325 de 339, a eso se dice: “que los resultados superaron las expectativas iniciales”, en completo desprecio por los datos oficiales que son las pruebas de los resultados de los experimentos de los programas de salud intercultural, esas conclusiones equivocadas sirvieron de base para la formulación de la SAFCI.

III.7. Conclusiones

La formulación de los programas y políticas de salud intercultural en algunos países de América Latina, se dio en un contexto de sensibilización de los organismos especializados de las Naciones Unidas respecto a la situación en que se encontraban las poblaciones nativas, llamados pueblos indígenas de las Américas, a los 500 años de su descubrimiento, sometimiento y dominación por las civilizaciones europeas.

La respuesta de las Naciones Unidas, respecto a la situación de exclusión y olvido de las poblaciones nativas por parte de los estados en la provisión de bienes y servicios públicos, se traduce en la declaración del “Decenio internacional de las poblaciones indígenas del mundo” en 1994, la “Declaración del milenio” más conocida como objetivos del desarrollo del milenio en el año 2000, en cumplimiento de dichas agendas los estados y las agencias de cooperación internacional asignan recursos e impulsan programas y

políticas de desarrollo mediante la revalorización, fortalecimiento de las culturas nativas y atención de esas poblaciones a través de la provisión de bienes y servicios públicos.

En ese contexto, el estado boliviano ha apoyado a las organizaciones no gubernamentales en la implementación de programas de salud intercultural en municipios rurales de población qhichwa y aymara, como las experiencias de interculturalidad en salud en los municipios de Curva, Patacamaya, Tinquipaya, Caiza D y Cotagaita, que sirvieron de antecedentes en la formulación y aplicación de la política de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural SAFCI, que tenía como objetivo “contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria” (BOLIVIA-D.S.29601, 2008), sin embargo, de acuerdo a los datos oficiales del censo de 2012, se mantiene la exclusión de las poblaciones aymara y qhichwa de los servicios de salud, en particular en la atención de parto.

La política de salud intercultural en Bolivia se ha implementado bajo el supuesto de que las poblaciones indígenas no asistían a los hospitales para atender su salud, porque preferían ser atendidas por los “médicos tradicionales”, que fueron llamados así a los yatiris, jampiri, qulliri, kallawayas, parteras y otros que realizan prácticas de curación y cuidado de la salud de las poblaciones nativas. Este supuesto ha sido tomado como verdadero, a la que se ha llamado la barrera cultural y como respuesta se ha llevado al médico tradicional al establecimiento de salud a una sala contigua al consultorio del médico, a la que por otro lado, le llamaron biomédico, se introdujo algunas prácticas tradicionales en la atención de parto y se incorpora a los protocolos de atención en salud a lo se llamó parto humanizado, incluso se hicieron cambios en la infraestructura y equipamiento y se lo bautizo sala de parto con adecuación cultural y a pesar de todos esos cambios, la mayoría de las mujeres aymara y qhichwa continúan teniendo parto en sus domicilios atendido por el esposo, familiares, partera y yatiris.

La única explicación posible, ante el fracaso en los resultados de las políticas de salud intercultural, es que, el diagnóstico estuvo equivocado, no había barreras culturales que separe a las pacientes aymara y qhichwas de los servicios de salud y en consecuencia la

solución planteada fue también otra equivocación, de ahí el fracaso en alcanzar los objetivos de la política de salud intercultural. Mientras las autoridades de salud no tienen ninguna preocupación por el cumplimiento de los objetivos en salud, ya que cumplieron con el objetivo político, “Había que cumplir con la presión política”, entre tanto el gobierno nacional quiere exportar la política descolonizadora de salud intercultural y el personal de salud está cómodo, porque las bajas coberturas de parto institucional en municipios rurales con población aymara y qhichwa no es responsabilidad de los prestadores de los servicios, sino de las propias pacientes indígenas, su cultura se constituye en barrera, se echa la culpa a la propia parturienta aymara y qhichwa de ser responsable de las bajas coberturas de parto institucional, porque prefiere, se dice, atenderse con el médico tradicional. La mentira es perfecta, perfecta porque todos se creen el relato, porque a todos les conviene y lo defienden todavía, es la nueva colonialidad, hacer creer al excluido que es responsable de su propia exclusión.

También hay otros triunfadores, la antropología y la antropología de la salud, porque lograron su propósito, el mismo es reflejado en palabras de Gerardo Fernandez.

Durante los años 2001-2003 un grupo de antropólogos de la Universidad de Castilla-La Mancha, realizamos una investigación en Bolivia con la intención de recoger información sobre las consideraciones indígenas que en relación con los conceptos de salud y enfermedad es necesario tener en cuenta para evitar conflictos y malentendidos en la aplicación de políticas interculturales de salud. Es decir, dentro de los intereses de la Antropología Médica o de la Antropología de la Salud y de la Enfermedad, pretendíamos incidir en la necesidad de afrontar de una forma decidida y aplicada un enfoque intercultural a la salud y la enfermedad en contextos indígenas de Bolivia con la esperanza de que este tipo de investigación pudiera aportar datos y sugerencias concretas para el mejor entendimiento entre los diferentes actores implicados en actividades relacionadas con la salud y la enfermedad en dichas poblaciones indígenas (Fernández (Coordinador), 2006, pág. 11)

Los intereses de la antropología y de los antropólogos españoles fueron cumplidos a cabalidad, ya que estos estudios lograron incidir definitivamente en la formulación de la política de salud intercultural en Bolivia, hasta convertir en política de estado, los “médicos tradicionales” cuentan con poder suficiente para influir en las políticas de salud y así como el nombramiento del vice ministerio de medicina tradicional. La influencia no solo es política, a nivel de gobierno y organizaciones sociales, incluso su influencia llega hasta la academia, hoy en las facultades de medicina de las universidades bolivianas se enseña salud intercultural, por ejemplo: En la UMSA, carrera de medicina en quinto año en la materia de salud pública se enseña “Programas en salud: Interculturalidad y salud-Implementación del enfoque de interculturalidad en salud, implementación de estos proceso en las políticas y las prestación de salud, Otras concepciones y formas de atención en salud” (UMSA, 2020), de igual manera en la UPEA, la carrera de medicina tiene objetivo de formar profesionales “capacitado para establecer relaciones de mutuo respeto con la medicina tradicional” (UPEA, 2013), entonces el relato es perfecto, mientras todos se distraen con las novedades de la interculturalidad en salud, se niega la atención de la salud a las mujeres aymara y qhichwa.

Luego Gerardo Fernández confiesa el fracaso de la salud intercultural, en la atención en salud a las poblaciones indígenas, pero para entonces ya todos eran militantes de la interculturalidad en salud:

Al hablar de salud se ha creído que el problema central que explica la baja utilización de los servicios instalados por el estado radica en que la población indígena prefiere más a la medicina tradicional porque forma parte de ‘su’ cultura, y, además, a la difícil relación históricamente establecida entre el personal de salud y el paciente indígena. (Fernández, 2010, pág. 130)

Este supuesto ha servido de base para la aplicación, creación y diseño de programas, que introduciendo el término ‘interculturalidad’ desean proponer la integración de

modelos considerados opuestos. Hasta el presente han sido intentos fallidos en su mayoría. (Fernández, 2010, págs. 130-131).

Ahora que todos creen en la política de salud intercultural, algunos por moda, otros por intereses políticos, también hay quienes apoyan por comodidad, mientras todos creen que las verdaderas culpables por las bajas coberturas de salud en municipios rurales de población aymara y qhichwa son las propias víctimas de la exclusión del sistema de salud, porque su cultura hace que prefieran atenderse con “médico tradicional” y no quieren atenderse por personal médico, mientras miles de médicos y enfermeras trabajan en el programa “mi salud”, médicos SAFCI, para satisfacer la demanda laboral de los militantes del partido, quienes reportan mensualmente los supuestos éxitos en la cobertura de atención.

Por eso, la presente investigación cobra mayor urgencia e importancia, porque tiene la tarea de encontrar las verdaderas causas por las que la cobertura de parto institucional es baja en los municipios rurales de población aymara y qhichwa, en base al cual perfilar ideas para una nueva política de salud pública que tenga como objetivos la atención universal de la salud.

CAPÍTULO IV

TRABAJO DE CAMPO

BUSCANDO RESPUESTAS EN LA VOZ DE LAS MADRES AYMARA Y QHICHWA

IV.1. Consideraciones metodológicas

IV.1.1. Elección del estudio de caso.

Las investigaciones de campo suelen estar condicionadas por tres tipos de factores que facilitan el trabajo: 1. El investigador generalmente elige para el trabajo de campo un lugar o comunidad ya conocida, ya sea que es nativo del lugar, que ha realizado algún trabajo anterior a la investigación o alguna actividad laboral o tiene personas conocidas que pueden facilitar el trabajo de la investigación, 2. Que la localidad donde se va a desarrollar la investigación no demande muchos recursos, que sea próximo al lugar de residencia del investigador, esto ocurre sobre todo con las investigaciones académicas ya que están condicionadas por los costos de la investigación, porque es el propio investigador o tesista quién financia la investigación y 3. Por lo que puede arrojar el procedimiento de selección de la muestra, estas suelen ser investigaciones financiadas por las organizaciones no gubernamentales y organismos de cooperación internacional, este tipo de investigaciones corresponden a consultorías requeridas por las agencias y organismos de desarrollo.

La presente investigación define su propio procedimiento de selección de los lugares de trabajo de campo y selecciona como estudios de caso, municipios con los más bajos indicadores de cobertura de parto institucional, la lista está compuesta por cuatro municipios que ocupan los últimos lugares en este indicador: Humanata 8%, Curva, 8.4%, Ancoraimes 13% y Tapacarí 13.5%, que casualmente es una muestra perfecta, dos municipios de población aymara, Humanata y Ancoraimes y dos municipios de población qhichwa, Curva y Tapacarí, tres municipios pertenecen al departamento de La Paz y un al departamento de Cochabamba, son municipios de población indígena.

Este procedimiento de selección de la muestra se realiza con la certeza de que una explicación a la baja cobertura de parto institucional se debe buscar precisamente en poblaciones donde menos madres atienden parto en establecimientos de salud, es allí donde debe buscarse las causas y factores que expliquen por qué las madres aymara y qhichwa no se atienden parto con apoyo del personal especializado, en cambio, en municipios que no tienen ese problema las explicaciones serían parciales y sus conclusiones no determinantes, el procedimiento definido en la presente investigación deja de lado la facilidad, comodidad y economía del investigador y rompe con la forma tradicional de seleccionar una muestra.

El procedimiento de la selección de la muestra adoptado en la presente investigación es definido por su objetivo, ya que se busca encontrar las causas del problema allí donde se presentan o se repiten más casos, es un procedimiento de selección de la muestra definido por los objetivos de la investigación, que es el más adecuado para investigaciones de políticas públicas, no solo de evaluaciones de resultados de impacto, sino también, necesarios para la reformulación o formulación de nuevas políticas públicas.

Toda investigación en el ámbito de gestión de desarrollo y políticas públicas no solo debe explicar las causas de los problemas que enfrenta una sociedad, interés netamente académico, sino debe a su vez, proyectar las soluciones a esos problemas de sociedades y comunidades concretas, que es el interés de la sociedad y por tanto identificar las causas de los problemas es fundamental, porque permite, en base al cual formular las soluciones adecuadas mediante políticas públicas y partir de una situación inicial, contar con indicadores de resultados e impacto y así tener las herramientas para medir los resultados.

IV.1.2. La muestra

En las comunidades definidas, la encuesta se realizó a todas las madres que se encuentran residiendo en la fecha de la encuesta, teniendo en cuenta que la población en áreas rurales es cada vez menor.

IV.1.3. Sobre la recogida de datos

La recolección de datos se realizó mediante una boleta de encuesta, en el lugar de residencia de las madres en el idioma nativo y en español.

La mayoría de las investigaciones sobre el acceso de la población indígena a los servicios de salud revisadas en la presente investigación, recogen sus datos y testimonios de fuentes secundarias y no son recogidas de las propias pacientes, de las madres que no asisten a los establecimientos de salud, los datos sobre los que basan sus teorías son recogidas en seminarios, conferencias y encuentros sobre salud, realizadas en las ciudades capital, a una distancia de cientos de kilómetros de donde viven las madres, donde no llega los servicios de salud y tampoco ellas pueden asistir a seminarios desarrollados en las ciudades capital, que usualmente se realizan en las ciudades de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz e inclusive en ciudades del exterior.

Las políticas y programas de salud intercultural en Bolivia se sustentan en datos y testimonios recogidos en seminarios de las siguientes fuentes: 1. Experiencias en otros países, especialmente de Ecuador, que inspiraron a las investigaciones y promotores de la SAFCI, 2. Las investigaciones antropológicas y en especial de la antropología de la salud que recogen datos y pruebas en seminarios, conferencias organizadas por la cooperación internacional y por las entidades públicas del sector, 3. De informes oficiales de salud, reportados por los comités de análisis de información (CAI) de las redes de salud e informes de las autoridades de salud que realizan seguimiento y visitas a los establecimientos de salud, del personal de salud y de líderes de las organizaciones sociales y 4. De las memorias de programas pilotos implementados.

Las madres que no reciben atención médica en el momento del parto, esas madres que no conocen un servicio de salud, esas mujeres que no asisten a seminarios, conferencia y congresos, porque a ellas nadie las busca para saber por qué no se atienden su salud en un establecimiento hospitalario y al parecer a nadie le interesa, de ellas nadie se preocupa, pero ellas son las únicas conocedoras de las verdaderas razones por las que no son atendidas en el establecimiento de salud cuando tienen síntomas de parto y por su supuesto, hasta esta investigación nadie les preguntó sobre las causas por las que no se atienden en un centro de salud.

Uno de esos testimonios es recogido por Gerardo Fernández y que se ha convertido en una prueba, hasta la fecha no refutada, la barrera cultural.

El problema no era que la gente no iba al centro de salud porque no existiera este con sus infraestructuras y servicios quirúrgicos, sino que en las comunidades donde sí había centro de salud o unidad hospitalaria, los usuarios indígenas no acudían. Es decir, habiendo la posibilidad económica de la asistencia convencional, tanto en infraestructuras, como en algunos tratamientos, la gente no acude a hacerse atender en la unidad hospitalaria. Hay varias razones de índole cultural. (Fernández G. , 2010, pág. 39)

Ahí está la explicación de la antropología médica, del por qué las mujeres indígenas no asisten a establecimientos de salud y precisamente con este argumento, compartido por el personal de salud y las autoridades de salud, se construye la teoría de la barrera cultural y como respuesta se diseña y aplica la política de salud intercultural, pero Fernández cita su fuente de manera ambigua, “una colega boliviana”, puede ser una antropóloga o médico.

Ninguna de las investigaciones antropológicas revisadas en el presente trabajo ha recogido sus datos en las comunidades rurales donde residen las mujeres aymara y qhichwa para llegar a esa conclusión “prefieren ser atendidas por los médicos tradicionales”, cuando en

realidad, como se verá más adelante las madres aymara que viven en comunidades dispersas no reciben atención médica por falta de servicio de salud.

La presente investigación busca en la voz de las madres las causas por la que hay baja cobertura de parto institucional en los municipios rurales de población aymara y qhichwa, para lo cual se busca a las madres en el lugar de residencia en los municipios de Humanata, Curva, Ancoraimes y Tapacarí, a partir de esas voces recogidas en las boletas de la encuesta, encontrar una explicación válida a las bajas coberturas de parto institucional y atención en salud en las poblaciones indígenas de Bolivia.

Se recoge los datos directamente de la voz de las madres, en el lugar donde se encuentran, sus domicilios, lugar del pastoreo y lugares de labor agrícola y en el idioma que hablan, sin intermediaciones, sin traductores, ni interpretaciones, las boletas y entrevistas se realizaron en los idiomas castellano, aymara y qhichwa.

La encuesta ha sido realizada por el investigador principal Teofilo Choque Mamani, que habla los tres idiomas: Español, qhichwa y aymara, apoyado por Fernando Casas Aruquipa y la autoridad originaria de cada comunidad.

IV.1.4. Calidad de los datos recogidos

La encuesta es una herramienta válida para recoger la percepción de las madres sobre su relación con el centro de salud y el servicio de salud cuando se realiza el parto, sin embargo una encuesta captura la reacción de la madre subjetivamente, es decir, recoge una respuesta improvisada, no pensada, porque esa madre que vive a una distancia a más de 5 a 10 kilómetros del establecimiento de salud, no conoce que tiene derecho a un servicio de salud gratuito y que está asegurada mediante el SUS y con seguridad no se ha cuestionado nunca, ¿Por qué no me atiende un médico cuando tengo parto? Ya que siempre han sido atendidos por su madre, suegra que son parteras o algún familiar y las veces que ha preguntado por el médico, la respuesta que ha recibido es - no está el médico, está de comisión en La Paz, está en seminario, ha ido a un taller de capacitación, ha ido a

comprar medicamentos, ha ido cobrar sueldo, - en ese contexto las preguntas de la encuesta les suena extrañas y las respuestas no reflejan toda la realidad.

Pero en los últimos años ellas han averiguado por el médico, no necesariamente para buscar atención médica para atender su parto, si no, para tener el certificado de parto atendido en establecimiento de salud y certificado nacido vivo del niño, para con ello poder gestionar y cobrar el bono Juana Azurduy de Padilla, por lo que, a las respuestas de la encuesta han sido necesarias completar con una conversación, similar a la entrevista de profundidad, pero una conversación requiere de mutuo acuerdo para dialogar sobre el tema, en esas condiciones reflota la verdad, es decir la explicación del por qué los servicios públicos de salud en las áreas rurales de población aymara y qhichwa no atienden el parto de las madres y por qué las madres no acuden a los servicios de salud.

Para ampliar la percepción de las madres respecto a su relación o no con el servicio de salud se transcriben parte de los testimonios de las madres, los cuales describen las diferentes circunstancias que imposibilitaron la atención del parto en establecimiento de salud y su interés y deseo de recibir asistencia médica en el momento del parto, estos testimonios son pruebas de las verdaderas causas del porque no se producen partos con atención especializada y explican las causas de la baja cobertura de parto institucional.

Para las madres de los municipios de la muestra, los partos en domicilio no es algo que les causa angustia, ya que desde sus antepasados, sus abuelas y sus madres siempre tuvieron partos en domicilio, lo que no ha cambiado a la fecha, es decir, no es su preocupación desde la perspectiva del cuidado de la salud, aunque sí, desde la necesidad de cobrar el bono Juana Azurduy, pero con seguridad tampoco debe ser una preocupación para el personal de salud y menos para las autoridades, al final están satisfechos y cómodos con la explicación dada por la antropología de la salud, no es culpa del sistema de salud, es culpa de las mismas madres, de su cultura, la exclusión de la atención médica del parto de mujeres indígenas tiene una justificación sofisticada, que ha conseguido muchos adeptos.

El procedimiento descrito permite recoger datos de fuentes primarias y válidas porque no solo es un dato estadística de algunas variables de la encuesta, sino están respaldadas por testimonios de personas que viven, piensan, sienten, tienen deseos y aspiraciones y que tiene una forma de relacionarse con los establecimientos de salud y el servicio de salud y esa forma de relación entre las mujeres aymara y qhichwa que viven en municipios rurales y el establecimiento de salud, es la que determina los indicadores de coberturas de parto institucional.

IV.2. LA VOZ DE LAS MADRES DEL MUNICIPIO DE HUMANATA

Antecedentes

El municipio de Humanata fue creado mediante Ley N° 4006 el año 2009 (Ley N° 4006, 2009), es de reciente creación entre los municipios estudiados, al momento de realizar la presente investigación no había cumplido ni 10 años desde su creación, es la cuarta sección de la provincia Eliodoro Camacho del departamento de La Paz. De acuerdo al censo del 2012, tiene una cobertura de parto institucional del 8%, que le coloca en el último lugar de los 339 municipios del país¹⁰, por eso la pertinencia e importancia de realizar el trabajo allí.

Para llegar a Humanata, se puede partir todos los días de la semana entre horas 4:00 a 5:00 de la madrugada de la terminal interprovincial de Villa Esperanza del sector Rio Seco de la ciudad de El Alto, de allá se puede abordar buses y minibuses, en su trayecto se atraviesa por Achacachi, Ancoraimes, Carabuco y Escoma, hasta ese punto la vía es pavimentada, de Escoma a cruce Wallpakayu el camino es de ripio, de ese punto al pueblo de Humanata el camino es de tierra sin ripio y también existen caminos de herradura, el viaje puede durar de 4 a 5 horas.

¹⁰ La cantidad de municipios corresponden al momento de realización del censo de 2012.

Datos sociodemográficos

El municipio de Humanata cuenta con 20 comunidades rurales y un centro poblado, que es la capital Humanata, de acuerdo al último censo cuenta con una población de 5.342 habitantes, de los cuales el 93,24% aprendieron a hablar en aymara y el resto 6% lo hicieron en qhichwa, por lo que se cataloga como un municipio de población aymara originaria.

En Humanata el 2,2% de la población no tiene certificado de nacimiento, el 19% no cuenta con cédula de identidad, el 12% de la población en edad escolar no asiste a la escuela, 9,3% varones y 14,6% mujeres, solo en el 14% de viviendas se cocina con gas en garrafa, en el resto se cocina con leña o bosta, el 35% recibe agua por cañería sin potabilización y es la población que reside en la capital Humanata, ninguna vivienda cuenta con alcantarillado, el 95% de la población se encuentra en situación de pobreza. (INE, 2012)

La encuesta se realizó entre el 15 y 18 diciembre de 2016 años, en las comunidades de: Humanata, Centro Cutucutu, Pacolla y Pallallani, la solicitud de realizar la encuesta fue dirigida al alcalde municipal y al ejecutivo de la central agraria, una vez socializada en la asamblea de autoridades originarias y autoridades municipales y merecida su aprobación, se procede a la visita de las comunidades con la guía de la autoridad originaria de cada comunidad.

IV.2.1. Resultados de la encuesta

Ficha técnica

Objetivo de la encuesta: Conocer las causas por las que a las madres de Humanata no atienden sus partos en establecimiento de salud.

Cantidad: 23 madres.

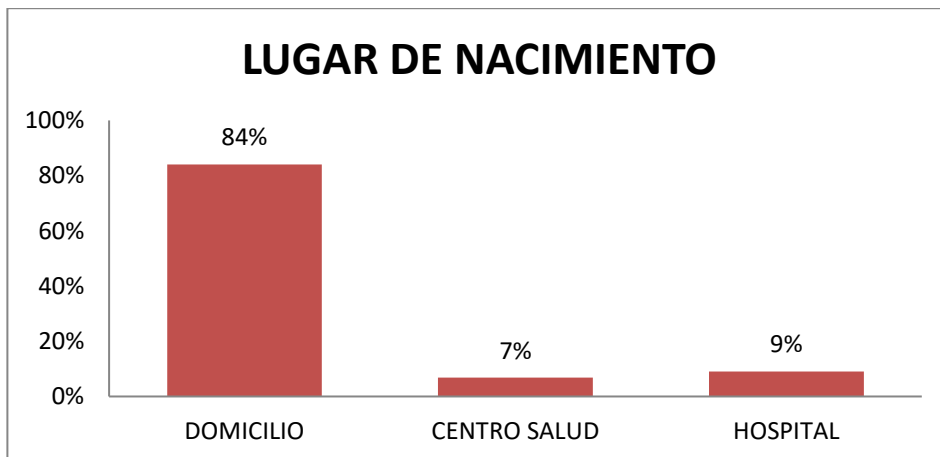
Fecha de recolección: 16, 17 y 18 de diciembre de 2016.

IV.2.1.1. Primera pregunta

La pregunta inicial es para conocer el lugar del parto, para realizar una comprobación o variación de los datos del censo 2012, sobre el indicador de parto institucional ¿Dónde has tenido a tus hij@s? Las respuestas se reflejan en el siguiente cuadro.

GRÁFICO IV.1.

LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS DE HUMANATA



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta a las madres de Humanata.

- De acuerdo a la encuesta el 84% de los nacimientos en el municipio de Humanata se realizan en domicilio, las que han sido atendidas por parteras y familiares.
- El 9% de los niñ@s nacieron en el hospital, indican las madres, las que se produjeron en hospitales de las ciudades de La Paz, El Alto, Achacachi y Escoma.
- Solo el 7% de los niños nacieron en el Centro de Salud de Hunanata, testimonian las madres encuestadas.

La encuesta muestra una mejora en la cobertura de parto institucional del 8% al 16%, lo cual continúa siendo inferior al indicador de parto institucional de 1982 y con seguridad continúa siendo uno de los municipios con la cobertura de parto institucional más baja del país.

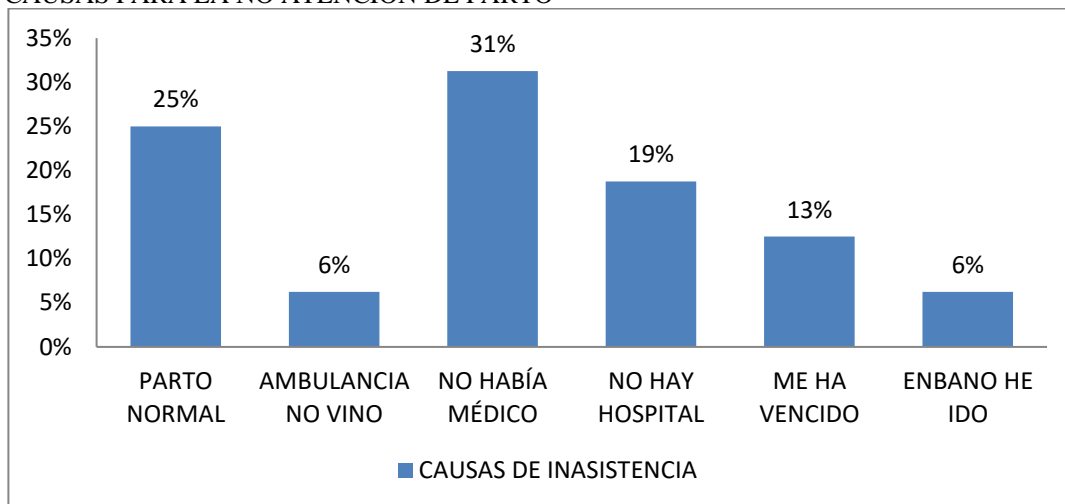
IV.2.1.2. Segunda pregunta

La pregunta principal de la encuesta es averiguar las causas por las que las mujeres aymara del municipio de Humanata no acuden al establecimiento de salud para atender su parto, considerando que el dato oficial señala que solamente el 8% de partos son atendidos por el sistema de salud, obteniendo las siguientes respuestas a la pregunta que sigue.

¿Por qué no fuiste al centro de salud para tener tu Hij@s?

GRÁFICO IV.2

CAUSAS PARA LA NO ATENCIÓN DE PARTO



FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta a las madres de Humanata

- El 31% de las madres encuestadas del municipio de Humanta señalan como causa de la inasistencia al centro de salud, para atender su parto, la ausencia del médico.
- El 25% de las madres justifican su inasistencia, porque tuvieron partos normales, ya que existe la certeza de las madres, de que un parto natural no requiere atención médica.
- El 19% de las madres señalan que no asisten al centro de salud, porque no había hospital, recordemos que este municipio solo existe un centro de salud y una posta.

- d) El 13% de las madres manifiestan que no pudieron acudir al centro de salud, porque les ha vencido, fueron partos rápidos.
- e) El 6% de las madres indicaron que fueron en vano al centro de salud, no pudieron ser atendidas, por diferentes factores.
- f) Finalmente, el 6% restante de las madres atribuyen a que la ambulancia nunca llegó para recogerlas.

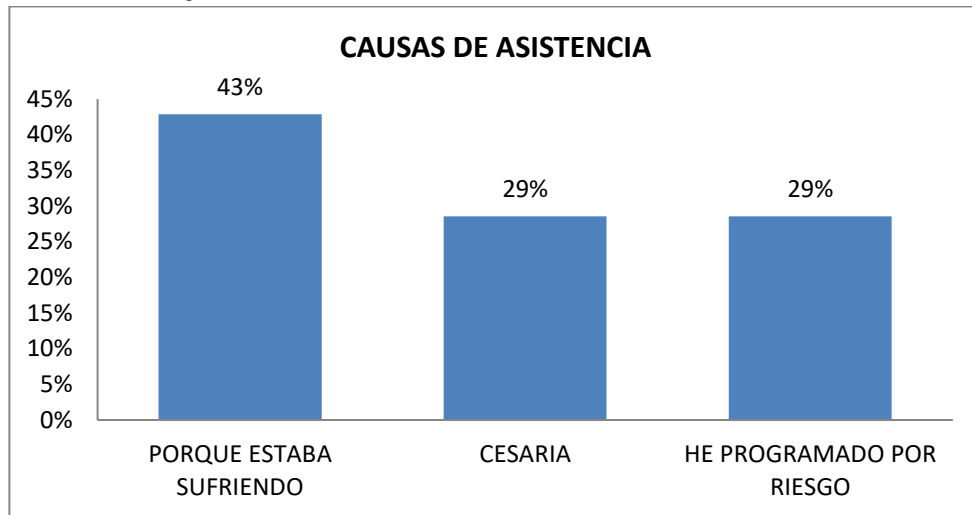
La encuesta muestra que la mayoría de los partos, 75% no se atienden por factores atribuibles a la calidad del servicio de salud.

IV.2.1.3. Tercera pregunta

También se les preguntó a las madres las causas por las que realizaron su parto en establecimiento de salud, las repuestas se reflejan en el siguiente cuadro.

GRÁFICO IV.3.

CAUSAS PORQUE LAS MADRES SON ATENDIDAS POR EL SERVICIO DE SALUD



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta a las madres de Humanata

- a) De acuerdo a la encuesta el 43% de las madres que se atendieron por personal de salud han sido llevadas al hospital para ser atendidas por emergencia, porque estaban sufriendo, lo que implica que se encontraba en trabajo de parto por muchas horas y se encontraban en peligro la vida de la parturienta y/o del feto.

- b) El 29% de las madres manifiestan que asistieron al hospital por programación, ya que en los controles prenatales se diagnosticaron como partos de alto riesgo.
- c) El 29% de las madres manifiestan que asistieron al hospital, porque el parto se programó mediante una cesárea, ya que en los controles se diagnosticaron que el feto se encontraba en posición transversal, en ese caso se programa una cesárea en el hospital más próximo o donde la madre prefiera.

IV.2.2. La voz de las madres de Humanata, prueba de la ausencia del servicio de salud.

Las causas que separan a las madres de Humanata del centro de salud, son barreras invisibles y son construidas históricamente, invisibles porque solo ellas saben la verdaderas causas por las que no son atendidas por los establecimientos de salud e histórica porque el estado las mantuvo al margen de los servicios de salud, desde que existe el estado boliviano hasta el presente, ya que el discurso intercultural creó un imaginario de barrera cultural entre el médico y el *jaqi* y *runa*, los aspectos culturales impiden que las madres acudan a los establecimientos hospitalarios para atender su salud, barrera que encontraría una solución fantástica y mágica en las políticas de salud intercultural.

Incluso el objetivo de la presente investigación se formuló bajo el supuesto de que el servicio de salud existe y el problema es que las mujeres indígenas no acudían al servicio de salud: “Identificar los factores por las que las mujeres aymara y qhichwa del área rural no asisten a los establecimientos de salud para recibir atención de parto”, con las nuevas evidencias, que se encontró en la encuesta y que se revisará inmediatamente en las entrevistas, se puede reformular el objetivo de la investigación: “Identificar los factores por las que el servicio de salud no logra atender el parto de las mujeres aymara y qhichwa que viven en municipios rurales”, es decir, el problema ya no son las pacientes indígenas, el problema es la ineficacia del servicio de salud para brindar atención a las poblaciones indígenas que residen en poblaciones rurales.

En este nuevo enfoque el problema ya no es la mujer indígena y su cultura, sino la inexistencia o el déficit del servicio de salud en áreas rurales en todo el territorio nacional, la disponibilidad del servicio cuando la población requiere atención médica, el enfoque está orientado a mirar la eficacia del servicio de salud para la atención en salud a toda la población, es decir, la capacidad del sistema de salud de proveer servicio a la población asegurada con el sistema único de salud SUS.

La percepción de la población rural respecto al servicio de salud es construida históricamente, en realidad nunca el servicio de salud estuvo presente plenamente en las comunidades indígenas, el sistema de salud en Bolivia ha excluido históricamente a las poblaciones rurales y que coincide con poblaciones indígenas, si bien las diferentes políticas de salud: Seguro Básico de Salud SBS, Seguro Universal Materno Infantil SUMI y Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, tenían como objetivo terminar con la exclusión social, sin embargo el sistema de salud excluyente permanecía intacto, con las siguientes características: 1. Mala calidad del servicio en establecimientos de salud en las ciudades capital y ciudades intermedias y 2. Falta del servicio en municipios rurales.

La desconfianza de las madres aymara y qhichwa que viven en áreas rurales, en los municipios estudiados, hacia los establecimientos de salud es producto de las experiencias concretas que han vivido desde que se construyeron las infraestructuras de salud, que les negó la atención de parto, porque los centros de salud no fueron portadoras del servicio de salud, la inexistencia del servicio implica que el centro de salud no tiene capacidad de atender, de sanar y curar a los pacientes que acuden a los establecimientos, a continuación se revisa estas experiencias de las madres que prueban la ausencia del servicio de salud.

La primera madre entrevistada es Felipa Quispe, que vive en la comunidad de Pacolla del municipio de Humanata, la entrevista se realiza en familia y su respuesta fue una verdadera sorpresa a la pregunta de por qué no acudía al centro de salud para atender su parto¹¹ (Choque, 2019, pág. 88).

¹¹Entrevista citada en la Revista FORO Nro. II de la Unidad de Postgrado y Relaciones Internacionales.

Porque cuando buscamos al doctor nunca está, cuando necesitamos no está, solo está los días de feria, los jueves le podemos encontrar seguro, ahí aprovechamos de hacer controlar a las wawas, hacer colocar las vacunas, todos están vacunados y también hacemos nuestro control, otro día es difícil encontrar, dicen que ha viajado a La Paz a participar de talleres y nos volvemos sin nada y como no es seguro, por eso yo prefiero tener mi parto en casa con mi suegra, que es partera, es más seguro.

Yo quiero hacerme atender en el centro de salud, porque dicen que se reciben ayuda, yo quiero recibir ayuda, será cierto o no, ¿cómo será?¹²

La ausencia del médico en el centro de salud de Humanata, mencionada por la señora Felipa Quispe, es un asunto para verificar, cuyo seguimiento se hará más adelante, pero sería una de las causas por las que las madres aymara de Humanata no se atienden el parto en establecimiento de salud, confirmando los hallazgos de la encuesta.

También es relevante lo mencionado por la entrevistada, su deseo de ser atendida por personal médico en el centro de salud, sobre todo para beneficiarse con el bono Juana Azurduy¹³, lo que desmiente lo sostenido por la antropología de la salud, de que las mujeres aymara, por su cultura prefieren atenderse con parteras y si finalmente es atendido por partera, es por la ausencia del servicio de salud, es decir, porque no tenía otra alternativa.

Otro factor mencionado por las madres es el cambio continuo del personal de salud, que según ellas no permite generar confianza, esta situación es mencionada por la señora Sabina Katari¹⁴ ha momento de justificar cuando se le pregunta del por qué no asiste al centro de salud para atender su parto:

¹² Entrevista a la señora Felipa Huanca del municipio de Humanata.

¹³ El Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” aprobado mediante el D.S. N° 066/2009, establece el pago de Bs. 1.820, con los controles prenatal, el parto y los controles post parto de la madre y del niño.

¹⁴ Sabina Katari vive en Humanata, tiene 45 años, tiene 6 hijos, todos nacidos en domicilio.

Porque mucho cambian a los médicos, había una doctora, venía a la casa a revisar, se preocupaba hasta de mis hijos, siempre estaba revisando, les hablaba, ya teníamos confianza con ella, pero se perdió, la han debido trasladar a otro hospital, con ella estaba decidida ir al centro de salud para tener mi hijito, pero como se fue la doctorita, en casa nomás he tenido¹⁵.

La desconfianza creada por la ausencia del médico y por el permanente cambio de personal, por ejemplo, el año 2017 el médico del centro de salud se cambió a mediados de año, aunque para la población de las comunidades de Humanata, toda persona que viste mandil blanco o que llega en ambulancia es considerado doctor o doctora, las enfermeras son considerados doctoras, los pasantes también, pero incluso en esa identificación la población percibe el cambio.

Cómo en todo, siempre habrá uno, médico, pasante o enfermera que se interese por las pacientes y que tenga buenas razones para ejercer la profesión de la medicina, la que es percibida por las madres, esta percepción no es porque sea una madre aymara de Humanata, cualquier persona de cualquier cultura valora que se interesen por su salud y su bienestar para generar confianza y la confianza es absolutamente necesario para que una persona confíe el cuidado de su salud a un médico.

Otro factor mencionado por las madres de Humanata es el referido a la temperatura en los ambientes del centro de salud, concretamente la sala de parto, las madres consideran que es un ambiente muy frío, que pone en riesgo la salud tanto de la madre como del recién nacido, al respecto la señora Tomasa Condori Cerezo¹⁶ señala:

Mis partos han sido normales, no había por qué ir al centro de salud, pero, además, en el centro de salud hace mucho frío, el piso es muy frío porque es de cemento, hay caso de resfriarse y tengo miedo a que me dé sobreparto, debería haber calefacción

¹⁵Entrevista a la señora Sabina Katari

¹⁶Tomasa Condori Cerezo cuenta con 32 años y tiene 3 hijos, dos nacidos en domicilio y un en hospital.

para que se caliente el cuarto como en la casa, aquí en la casa estamos calentitos, por eso yo prefiero esperar en casa nomás.

Una sala de parto e internación con temperaturas bajas es contrario al ambiente al que están acostumbradas las madres de Humanata, ya que en estas comunidades generalmente el dormitorio y la cocina están en una sola habitación, si consideramos que las casas están construidas de adobe y techo de paja y si sobre eso, se cocinan a fogón entonces la temperatura del ambiente es alta, en consecuencia un ambiente frío significa una amenaza a la salud de las madres, sobre todo cuando en este municipio donde la temperatura promedio es de 10 grados y en los ambientes del centro de salud 4 grados promedio, por eso la importancia de una sala de parto alfombrado o tapizado y equipada con calefacción, en el momento en que se realizaba la encuesta, el centro de salud contaba con dos estufas de los cuales, solo funcionaba uno, la misma se encontraba en la habitación del médico, lo que prueba que para el director del centro de salud, la habitación del médico es más importante que la sala de parto.

La exigencia de un ambiente con temperatura adecuada no tiene que ver con razones culturales de las mujeres aymara y qhichwa, es una exigencia de todo paciente independientemente de las culturas, una temperatura óptima donde la paciente de parto se sienta cómoda y segura, es parte de la calidad del servicio de salud, como se verificó en la revisión bibliográfica, en el centro de salud de Humanata, en el hospital de la mujer de La Paz o en el hospital de la mujer Percy Boland de Santa Cruz, una temperatura adecuada es parte de la calidad del servicio de salud, los protocolos de atención de parto establecen una temperatura mínima de 25°C (MIN-SALUD, 2006, pág. 18), pero al interior del centro de salud de Humanata el promedio de temperatura ambiente es de 2°C a 10°C, en consecuencia, es un ambiente no apto para la atención de un parto, una vez más las madres de Humanata tienen la razón.

Otro factor que aleja a las madres del médico, es la tendencia de los médicos a referir pacientes a los hospitales cercanos, en este caso a Escoma o Achacachi, no habrá certeza si era necesario derivar a la paciente o no, solo un auditoría médica podría establecer la

pertinencia o no, porque según las madres, el embarazo se desarrollaba con toda normalidad, pero el médico califica de riesgoso y en consecuencia refiere a un hospital de segundo nivel, sin embargo las madres consideran que no es necesario y por tanto se alejan del médico y tienen un parto normal en su domicilio con atención de sus familiares y partera. En este caso sí se podría decir, que las madres de Humanata prefieren atenderse con partera y en domicilio, en vez de atenderse en hospital de segundo nivel a más de 80 Km., por dos razones: 1. Por el costo y la distancia que implica dejar un encargado para el cuidado del ganado y 2. Porque en el hospital hay la tendencia a realizar cesáreas.

Al respecto la señora Sabina Chura¹⁷ manifiesta lo siguiente:

El doctor me parece que no sabe o no quería atenderme, me quería mandar directamente al hospital de Escoma, allá tienes que ir es más seguro, allá tienen todo - me dijo -pero allá me han dicho que te quieren operar nomás, ya quieren abrirte la barriga y sacar la wawa, eso parece muy peligroso, tengo miedo, ya quedas mal para toda la vida, ya quedas enferma y eso yo no quiero, por eso ya he dejado de hacer mi control y después he tenido normal mi parto en casa, mi madre es partera y mi esposo nomás me atendieron, ha sido un parto normal sin ninguna complicación y mi hijo también está sanito, los doctores debían saber bien, parece que no sabía o quería deshacerse de mí¹⁸.

Si hay la creencia de que una operación quirúrgica como la cesárea trae consecuencias a la salud de la madre, ninguna madre querrá ser transferida a un hospital de segundo nivel, ya que la percepción de las madres respecto a la transferencia a un hospital cuando no hay necesidad, hace que las madres se alejen de los médicos, de los controles prenatal y también se alejan de la posibilidad de recibir atención médica en el momento del parto en un establecimiento de salud.

¹⁷Sabina Chura tiene 45 Años, tiene 5 hijos todos nacidos en domicilio

¹⁸Entrevista a la señora Sabina Chura

Pero si bien la cesárea es visto con temor por las mujeres aymara y qhichwa, no es precisamente por su cultura, sino más bien, se debe a razones prácticas, el trabajo de campo requiere de hombres y mujeres fuertes, que no solo deben soportar todas las temperaturas, si no que todos los músculos deben funcionar correctamente para labores de agricultura y manejo de ganado, el que ha tenido una operación sabe que el frío, el calor, el cansancio incluso el estrés, se siente en primer lugar, en el lugar donde se realizó la operación, lo que causa la sensación de que no está sano completamente, pero no sólo las mujeres aymara y qhichwa que viven en el área rural, creen que las cesáreas traen consecuencias, en otras culturas prefieren un parto normal por razones de belleza, esas madres no quieren una cesárea para no tener una cicatriz en el vientre, lo cual es vista como completamente normal y extrañaría a pocos.

Pero hay incluso madres no aymara que se niegan a dar leche del pecho por temor a que la misma pueda sufrir deformaciones- se dice – en el pecho, cuando está demostrado la necesidad de dar leche materna al recién nacido, por tanto, el hecho de que las mujeres que viven en áreas rurales de Bolivia, por las labores que realizan prefieran no atenderse el parto mediante una cesárea y prefieran tener partos naturales, el servicio de salud debe hacer los esfuerzos necesarios para inducir a un parto natural e evitar partos mediante cesárea y únicamente realizar en caso de peligro de la madre o del recién nacido.

El último testimonio refleja la expectativa de las madres de Humanata sobre lo que esperan de un servicio de salud, el cual da cuenta del interés de las madres de acudir al centro de salud para atender su parto, al respecto la señora Martha Quispe¹⁹ en respuesta si está dispuesta a asistir al centro de salud para atender su parto señala, citado por Teofilo Choque en la revista foro (Choque, 2019, pág. 90).

Si nos atendieran como en el hospital maternológico de la Caja Nacional de Salud de La Paz, todas iríamos al centro de salud, allá nos dan nuestro mate, nuestro tecito,

¹⁹ Entrevista a Martha Otilia Quispe citado por Teofilo Choque en el artículo titulado “Alumbramiento en Penumbra” en Revista FORO Nro II, Unidad de Postgrado y Relaciones Internacionales, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, UMSA.

gelatina, desayuno, almuerzo y cena, las enfermeras están pendientes de nosotras, nos preguntan si estamos bien, que necesitamos, también revisan permanentemente a las wawas, le colocan sus vacunas, el doctor viene a revisarnos cada rato, sería bueno que aquí sea igual, si fuera así, estoy segura que todas iríamos al centro de salud, pero como están, no creo.

En cambio, en este centro de salud, la sala de parto es muy fría y no te dan comida, una tiene que llevarse comida, si no hay nadie que te lleve, una se muere de hambre. Pero además si hay la comida llega fría y en tanto frío que hace necesitamos un mate o una sopita calentita, eso no tenemos. Por eso es mejor tener el parto en casa, en casa tenemos todo y todos los cuidados y estamos con nuestra madre, suegra e hijos, todos ellos están pendientes de nosotras.

El testimonio de la señora Martha Quispe expresa la exigencia de la calidad del servicio de salud y muestra la predisposición de atender su parto mediante un servicio de salud de calidad. La pregunta que debemos hacer, a la luz de los derechos fundamentales consagrados en la Constitución respecto al derecho a la salud es, ¿Por qué las madres que se atienden en el hospital maternológico de la caja nacional de salud tienen un servicio salud de calidad?, aunque se conoce que la calidad del servicio en el hospital maternológico de la Caja Nacional de Salud no es lo más óptimo, y ¿Por qué las madres del municipio de Humanata no tienen siquiera el servicio de salud similar para atender su parto?

IV.2.3. Discusión

De acuerdo a las voces de las madres de Humanata, ellas atienden sus partos en domicilio con la ayuda de familiares, partera y yatiri, simplemente porque el servicio de salud está ausente, cuando las madres buscan atenderse en el centro de salud, ésta no tiene posibilidad y capacidad de prestar servicio.

Es preciso diferenciar entre la existencia del establecimiento de salud, que se refiere a la infraestructura, el equipamiento y el personal y la existencia del servicio de salud, que se refiere a la capacidad de dar atención en salud de la población, cuando ésta la requiere, en especial cuando las madres solicitan atención de parto.

La existencia del servicio de salud implica, atención de 24 horas durante todos los días del año, los siguientes factores disminuyen la existencia plena del servicio: 1. La atención en salud solo durante algunos días de la semana, la atención únicamente durante las horas diurnas, hay que tener presente que el personal de salud trabaja solamente 6 horas diarias y 30 horas semanales, 2. Falta de disponibilidad de la ambulancia las 24 horas, 3. La falta de capacidad resolutive del centro de salud de Humanata, 4. La baja temperatura ambiente en la sala de parto y 5. Falta de servicio de alimentación.

Los dos primeros tienen que ver con los días y horarios de atención, significa que en algunos días y algunas horas que no trabaja el médico, no existe el servicio de salud y las usuarias que requieren atención en esos días y horas se quedan sin atención, esto es fundamental porque la mayoría de los partos reportados se realizan en horas de la noche, es más, los partos parece que escogen días cuando el médico está de descanso, cuando la enfermera va a un curso de capacitación. Hay que tener presente que en los municipios rurales no existe clínicas privadas y médicos particulares y la única alternativa para recibir atención de la salud es acudiendo a los llamados médicos tradicionales, una atiende su salud en el campo con yatiri no por preferencia, sino porque es la única existente, por tanto, una madre ante la proximidad del parto no tiene opciones para escoger, solo está disponible las 24 horas y todos los días del año, las parteras y los “médicos tradicionales” y en consecuencia se atiende con ellas y no lo hacen por elección o preferencia, como argumenta la teoría de la salud intercultural.

Otro aspecto que tiene que ver con la disponibilidad y uso real de la ambulancia en el momento en que es requerido por las pacientes, porque las madres ante la proximidad del parto llaman al centro de salud solicitando el envío de la ambulancia hasta el domicilio de la parturienta, en caso de falta de respuesta a las llamadas, optan por enviar a pie, en

bicicleta o moto, algún familiar a solicitar la ambulancia, toda vez que la única manera de llevar a la parturienta al centro de salud es en ambulancia, porque no existe taxi, ni vehículos particulares, por eso, la no disponibilidad de la ambulancia por: falta o ausencia del chofer, falta de combustible o fallas mecánicas, significa un obstáculo para la atención de parto que se traduce en la falta del servicio de salud.

También es necesario considerar que el servicio de salud no tiene capacidad de resolución de casos de cierta complejidad, como es el parto y otros casos que requieren análisis de sangre, orina, radiografía, el servicio atiende únicamente consultas de control, curaciones menores y campañas de vacunación, en casos complejos se limita a entregar algunos calmantes, la capacidad resolutive también tiene que ver entre otras cosas con las competencias del personal médico y la existencia de equipos, insumos y medicamentos.

La ausencia o déficit de alguno de los factores que constituyen el servicio, provoca deficiencias en el servicio de salud, mala calidad del servicio o directamente ausencia del servicio, ausencia con la que se enfrentan diariamente las personas que viven en municipios rurales y en consecuencia recurren a sus conocimientos y prácticas tradicionales del cuidado de la salud y curación de los enfermos.

No se ha escuchado en las voces de las madres de Humanata quejas por aspectos culturales que las impidan acercarse al personal de salud, ninguna voz menciona relaciones de dominación y racistas del médico hacía las pacientes aymara, tampoco se menciona relaciones de maltrato, lo que se percibe es una indiferencia y un olvido del personal médico y marginación y exclusión de las autoridades de salud, que se contraponen al silencio de las madres, la mayoría de ellas no saben que tienen derecho a ser atendidas por personal especializado cuando tienen parto, los reclamos de las madres parecen pedidos de auxilio para ser atendidas por el servicio de salud, cuando se encuentran en trabajo de parto.

Las madres de Humanata esperan que algún día haya atención de salud cuando ellas la requieran, que la ambulancia las recoja cuando la soliciten, que los partos sean atendidos

por personal especializado y que las madres se beneficien con el Bono Juana Azurduy, cuando eso suceda las coberturas de parto institucional alcanzará incluso al cien por ciento.

La ausencia o deficiencia del servicio de salud en el municipio de Humanata es resultado de la aplicación de políticas de salud excluyentes, desde el Estado hacia las poblaciones rurales, desde la fundación de la república hasta la fecha, es decir, esa población nunca tuvo acceso a los servicios de salud, ellas nunca conocieron un servicio de salud, en su imaginario solo las campañas de vacunación y el control de los niños en el centro de salud es conocido como servicio de salud, esta política de olvido y exclusión por parte de los organismos gubernamentales hacia las madres, hace que la cobertura de parto institucional sea bajo, porque cabe recordar, que los pocos partos institucionales registrados, son partos atendidos en los hospitales de las ciudades próximas: Escoma, Achacachi, El Alto, La Paz y otros del interior y exterior del país, en general trasladadas por emergencia.

La política de olvido y de exclusión de parte del estado hoy se hace de manera sofisticada, la constitución política del estado reconoce como derecho fundamental de toda persona el derecho a la salud, el estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna (BOLIVIA-CPE, 2009, pág. 13), para cumplir dicho propósito el gobierno nacional emite el decreto supremo N° 29601 que aprueba la política de salud familiar comunitaria intercultural SAFCI, que tiene como objetivo “contribuir en la eliminación de la exclusión social sanitaria (traducido como el acceso efectivo a los servicios integrales de salud)” (DS:29601, 2008). Pero en la realidad continua la exclusión de los servicios de salud a las poblaciones denominados pueblos indígena originario campesinos que viven en municipios rurales, pero esta vez la exclusión se lleva a cabo bajo una política de salud que hace creer que ha sido diseñada para ellas, para los excluidos de siempre, para los indígenas, la política de salud intercultural, que parte responsabilizándolas de esa exclusión a las mismas pacientes, “ellas prefieren atenderse con la partera por su cultura” y como remedio se dice que la salud intercultural realizará atención en salud con adecuación cultural o humanizado.

La aplicación de la política de salud intercultural, hasta la fecha consistió en el colocado de letreros de información y señalización en los establecimientos de salud en aymara o qhichwa y se designa al encargado de recepción e información a una mujer que viste pollera, se lleva al yatiri, ch`amakani o kallawayaya llamado “médico tradicional” de la comunidad indígena al establecimiento de salud y se le instala un consultorio con el denominativo de consultorio de médico tradicional y se realiza algunas modificaciones en la sala de parto, a la que se la ha llamado sala de parto con adecuación cultural o sala de parto humanizado, acciones con las cuales la política de salud intercultural se pone en marcha. Pero no se mejora en nada el servicio de salud en los municipios rurales, el sistema de salud es el mismo que no atiende a las madres indígenas en su parto, el modelo de atención y los protocolos de atención incorporan algunas prácticas de los llamados médicos tradicionales y las parteras, pero el servicio de salud es el mismo, no ha cambiado nada, ha esto se llama exclusión sofisticada, ya que por otro lado, las autoridades creen que automáticamente las coberturas de atención mejorarán, que la exclusión en la atención de salud se acabaría con la implementación de la política de salud intercultural.

Complementariamente el gobierno nacional para implementar esta política en los municipios rurales, designa directamente desde el ministerio de salud al personal de salud, a los que se ha llamado “médicos safci”²⁰, cuando la responsabilidad de designación del personal corresponde a las gobernaciones mediante los SEDES, los “médicos safci” son trabajadores en los establecimientos de salud, en su mayoría formados en la república de Cuba, sobre todo en las primeras fases, que no entienden sobre las prácticas tradicionales del cuidado de la salud de esas comunidades, porque no tienen formación intercultural y como no dependen del SEDES funciona como un servicio paralelo, rinden sus informes directamente al ministerio de salud, en los componentes de promoción y prevención de la salud y la de participación y movilización por la salud, cuyos resultados son difíciles de

²⁰ Se entrecorilla “Médicos safci”, porque muchos de ellos no cuentan con título revalidado en el país.

medir porque no se traducen en indicadores de cobertura de atención en salud, pero tampoco se miden en la mejora de la salud de la población.

Así mismo el ministerio de salud, en teoría, lleva la atención de salud a las poblaciones rurales con los médicos y equipos con el programa de telemedicina, realizando una atención paralelo al personal de SEDES, no se sabe los resultados de éste programa aunque se contabiliza los pacientes atendidos por el médico responsable, pero los resultados en la resolución de casos es incierto y no tuvo impacto en los indicadores de la mejora de la cobertura en la atención en los servicios de salud y tampoco coadyuvó en la mejora de la cobertura de parto institucional.

Tanto al personal que depende del SEDES y como del ministerio de salud no les preocupa la atención de la salud de las población indígena, tienen sus propias prioridades, pero lo que si se realiza sin falta son las reuniones de CAI por parte del personal del servicio departamental de salud, los cuales se reportan periódicamente al servicio departamental de salud y al SNIS, los informes de los “médicos safci” al ministerio de salud, pero al parecer estos reportes e informes no son considerados por las autoridades de salud, departamentales y nacionales, ya que a pesar de los reportes alarmantes no se toman las acciones para remediarlas, los reportes del CAI solo sirven para llenar los formularios por simple formalidad, es decir, esos formularios deben ser llenados y archivados, pero no se utilizan para planificar acciones que mejoren los servicios, ni para mejorar las coberturas de atención en salud.

IV.2.3. Conclusiones

De acuerdo a los resultados de la encuesta y de las entrevistas realizadas a las madres del municipio de Humanata se concluye y se realiza los siguientes hallazgos:

- a) El 62% de los partos no atendidos en establecimiento de salud se deben a factores atribuibles directamente a la mala calidad del servicio de salud, estos factores son: 1. El 31% de las madres no recibieron atención por la ausencia del médico en el establecimiento de salud, 2. El 19% señalan que no recibieron

atención por falta de hospital, 3. El 6% indica que la ambulancia no estaba disponible y 4. El 6% indicaron que no recibieron atención médica incluso cuando se presentaron en el centro de salud.

- b) El 38 % de los partos que no recibieron atención médica se debe a factores atribuibles a las pacientes: 1. El 25% de las madres no buscaron atención en el servicio de salud porque consideran que el parto natural y normal no requiere atención especializada en consecuencia son atendidas por familiares y parteras en sus propios domicilios y 2. El 13% no pudieron ser atendidas, ya que el trabajo de parto las sorprendió y no tuvieron la oportunidad de solicitar atención médica.
- c) Las entrevistas confirman los hallazgos de la encuesta, varias madres testimoniaron las experiencias vividas por la deficiente calidad del servicio de salud referidas a: La ausencia del médico, la desconfianza al personal de salud por el desinterés mostrado, las bajas temperaturas en las salas de atención, las dudas sobre las competencias del personal de salud, por la tendencia a derivar al hospital de segundo nivel y la falta de alimentación en el establecimiento de salud, los cuales inciden directamente en la cobertura de parto institucional en el municipio de Humanata.
- d) La causa de la inasistencia de las parturientas a los establecimientos de salud por tener parto normal o natural, de acuerdo a las entrevistas son motivadas por la mala calidad del servicio, por las experiencias vividas en su paso por los servicios de salud y personal médico, prefieren atenderse por familiares y parteras, para evitar, angustia e incertidumbre por la espera y no atención por el personal de salud.
- e) En las encuestas, ni en las entrevistas se mencionan factores culturales como impedimento para que las madres de Humanata asistan a los establecimientos de salud para atender su parto, la cual desmiente la tesis de la antropología de la

salud y la política de salud intercultural, de que los factores culturales incidan en la cobertura de parto institucional.

- f) Las madres muestran deseos e incluso buscan atenderse en los servicios de salud, motivadas por el cobro del bono Juana Azurduy.

IV.3. LA VOZ DE LAS MADRES DEL MUNICIPIO DE CURVA

Antecedentes

El municipio de Curva fue creado mediante ley N° 546 el año 1983 (Ley N° 546, 1983), es la segunda sección de la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz, de acuerdo al censo 2012, el municipio tiene una cobertura de parto institucional del 8,4%, que le coloca en el penúltimo lugar de los 339 municipios del país,

Curva es conocido a nivel mundial por ser cuna de la cultura kallawaya, sobre todo, a partir de la declaratoria de Patrimonio Intangible de la Humanidad en el año 2003 por parte de la UNESCO.

Para llegar a Curva se debe partir a horas 5:00 a 6:00 de la mañana de la calle Reyes Cardona y Kollasuyo de la zona El Tejar a tres cuadras del cementerio general de la ciudad de La Paz, de allá se puede abordar buses, en el trayecto se pasa por Achacachi, Ancoraimes, Carabuco y Escoma, hasta ese punto el camino es asfaltado, de Escoma a Charazani el camino es ripiado y de Charazani a Curva el trayecto es sin ripio.

Datos socio demográficos

El municipio de Curva cuenta con 7 cantones, de acuerdo al último censo (INE, 2012) tiene una población de 3.285 habitantes, de los cuales el 63,4% aprendieron a hablar en quichwa, el 30% en aymara, por lo que se caracteriza como un municipio de población quichwa con presencia importante de población aymara, el 93% de la población aprendieron a hablar en un idioma nativo.

En el municipio de Curva el 3% de la población no tiene certificado de nacimiento, el 26% no cuenta con cédula de identidad, el 18% de la población en edad escolar no asiste a la escuela, 14,87% varones y 22,24% mujeres, solo en 9,47% viviendas se cocina con gas en garrafa, el 88,5% de la población se encuentra en situación de pobreza.

IV. 3.1. Servicio de salud

De acuerdo a la información del Gobierno Autónomo departamental de La Paz, los establecimientos de salud del municipio de Curva pertenecen a la red de salud rural Nro. 2, tiene tres establecimientos de salud y la cantidad del personal de salud es siete, distribuido de la siguiente manera. (SEDES, 2018)

CUADRO IV.4.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y PERSONAL ASIGNADO

ESTABLECIMIENTO	NRO. PERSONAL	CARGOS
Hospital Kallawayaya curva	4	1 médico, 1 odontólogo, 1 Lic. de enfermería y 1 Aux. de enfermería.
C.S. Caalaya	2	1 odontólogo y 1 Aux. de enfermería
C.S. Cañuhuma	1	1 Aux. de enfermería

Fuente: INFORME CITE: GADLP/SEDESLP/DIRECCIÓN/NEX-103/2018

De acuerdo al personal asignado al municipio de Curva, el único centro que está en condiciones de proveer servicio de salud sería la de Curva, bautizado como Hospital Kallawayaya Boliviano Español, con ese personal la atención es de 6 horas de martes a viernes, ya que los días lunes se realiza limpieza del centro, en consecuencia, la atención es menos un día, por lo que ninguno de los establecimientos de salud atiende las 24 horas. La atención en las dos postas de salud, Cahalaya y Cañuhuma no tienen capacidad de resolver problemas de salud, Cahalaya solo tiene capacidad de realizar atención odontológica y de enfermería, no tiene capacidad de atender un parto, mientras la posta de Cañuhuma solo puede realizar atención de enfermería.

Con el personal asignado, la infraestructura y equipamiento existentes no se puede garantizar servicio de salud a la población qhichwa del municipio de Curva, no se tiene un servicio de salud con personal especializado y con capacidad resolutive.

IV.3.2. La medicina kallawayaya

El año 1992 se había iniciado en Curva la aplicación de la salud intercultural, continuando esa política el año 2004 se inaugura el Hospital Kallawayaya Boliviano Español, donde el ministro de salud Fernando Antezana había manifestado que sería, “Un hospital en el que un 50% por ciento está destinado a la medicina tradicional y el 50% a la medicina occidental”, (Vargas, 2013, págs. 36-37)²¹, de esta manera se iniciaría la integración entre ambas medicinas.

Pero como toda teoría no deja de ser una hipótesis, ahí radica su contrastabilidad, puede que una hipótesis quede demostrada en un momento dado con las pruebas existentes en ese momento, pero en muchos casos, la curiosidad de los científicos hace que puedan conseguir nuevas pruebas que generen dudas y con las nuevas evidencias esas teorías queden desmentidas o sean relativizadas las certezas que acompañaban hasta ese momento, en otros casos, la realidad se encarga de desmentir a teorías conocidas como verdaderas y aceptadas por la comunidad científica.

La teoría de la convivencia armoniosa, respeto mutuo, cooperación y complementaria entre la biomedicina y la llamada “medicina tradicional”, el ideal de la armonía aymara del *chacha-warmi* postulada por el antropólogo Xavier Albo, Gerardo Fernández y sus discípulos, las relaciones entre los kallawayaya y los médicos de los establecimientos de salud, para atender a las pacientes del municipio de Curva y los resultados del mismo serán evaluados en las siguientes páginas.

De acuerdo al especialista kallawayaya Ramón Quispe Lizárraga, que a su vez ocupa el cargo de Central Agraria del Distrito Municipio de Curva, la mitad de la población tiene conocimiento de la medicina kallawayaya, realiza prácticas de curación y sanación, no tienen un registro y no hay necesidad de acreditación o certificación, el reconocimiento la realiza

²¹Citado por Yolanda Vargas, El Diario, 29 de febrero 2004.

la comunidad, que va donde el kallawayá más efectivo, implica que la capacidad es medido por las usuarias, el mejor es buscado para la atención de enfermos.

Considerando que la mitad de la población adulta es “médico tradicional”, la relación entre el kallawayá y los pacientes sería de uno por diez pacientes o un “médico kallawayá” por dos familias, lo cual garantiza una sobre oferta de kallawayas y parteras para la población de Curva, con lo que se superaría de lejos el umbral mínimo establecido por OPS/OMS, de 23 médicos y enfermeras por 10.000 habitantes, para la atención materno-infantil (OMS, 2009).

Aunque el sistema de salud en el municipio de Curva cuenta con 7 funcionarios, con lo que se cumple el mínimo requerido por la OPS/OMS para la atención de salud materno infantil, el servicio de salud es ineficaz para alcanzar las coberturas mínimas de atención en salud, porque como en todo servicio público en Bolivia el personal espera en el establecimiento de salud a que los usuarios se acerquen en busca de atención médica y la población está habituado que los *kallawayas* y parteras les atiendan a domicilio, una de las razones por las que se encuentra entre las dos últimas en cobertura de parto institucional 8,4%.

Por lo descrito, en el municipio de Curva se tiene dos formas de atención de la salud que no se comunican, por un lado, está el Hospital Kallawayá Boliviano Español a la que asiste la población cuando hay emergencias médicas, para los controles prenatal, control de los niños, vacunación y el uso de la ambulancia para ser trasladado a los hospitales de Escoma o Achacachi y por el otro lado, están los kallawayas y las parteras que realizan cuidados de la salud de la población en las comunidades del municipio de Curva, que realizan atención y cuidado de los enfermos en sus domicilios, atención a domicilio como realizan los médicos de cabecera en otras sociedades occidentales, hecho que no dejaría dudas con quién atenderse cuando uno requiere cuidado de la salud.

Dado que la población se encuentra de forma dispersa en comunidades que necesariamente requiere transporte motorizado y además los lugares de residencia se

encuentran inaccesibles por la topografía del terreno, la promoción del servicio salud se debe realizar en el lugar de residencia y de manera individual, labor que no se realiza por la ineficiencia de los resultados y es aprovechado en la reunión mensual de los comunarios, para realizar controles y vacunaciones de los niños, por lo cual la atención se realiza de manera superficial.

IV.3. 3. Resultados de la encuesta

Ficha técnica

Objetivo de la encuesta: Conocer las causas por las que a las madres de Curva no se atienden partos en establecimiento de salud.

Cantidad: 29 madres.

Fecha de recolección: 11,12 y 13 de mayo de 2017.

Resultados

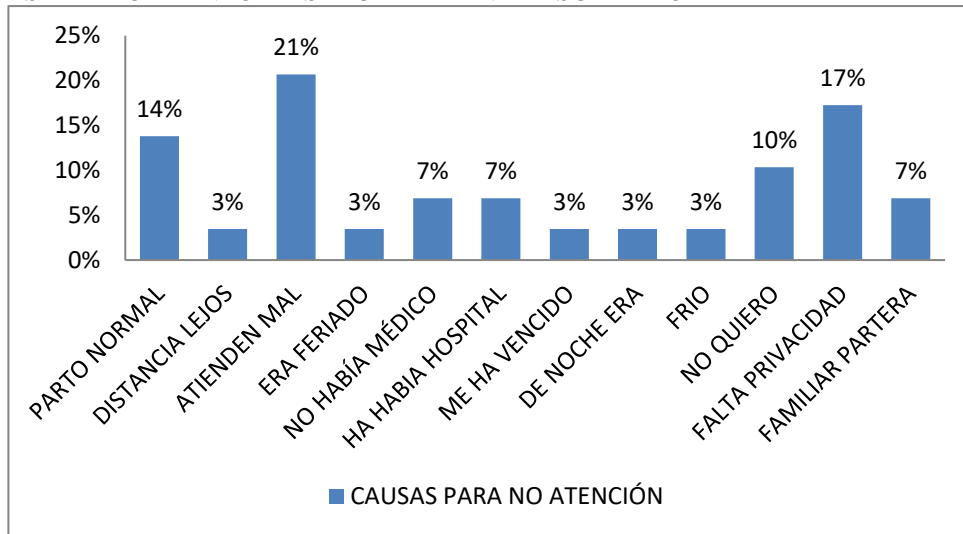
La encuesta se realiza en idioma qhichwa, aymara y español, debido a que la mayoría de población habla qhichwa y una minoría habla aymara, en la mayoría de los casos la encuesta es contestada en presencia de toda la familia, cuyos resultados se refleja a continuación

IV.3.3.1. Primera pregunta

Las respuestas a la pregunta principal: ¿Por qué no fuiste al centro de salud para tener a tu hij@?, se refleja en el siguiente cuadro.

GRÁFICO IV.5.

CAUSAS POR LAS QUE LAS MADRES DE CURVA NO ASISTEN A LOS ESTABLECIMIENTO DE SALUD A ATENDER SU PARTO



FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta a las madres.

- a) El 21% de las madres señalan que no asistieron al establecimiento de salud para atender su parto, por la mala atención en el hospital de Curva.
- b) El 17% argumentan que no buscaron atención médica por falta de privacidad en los consultorios del hospital de Curva.
- c) El 14% de las mujeres indican que no lo hacen porque han tenido partos normales, en Curva como en Humanata las madres consideran que los partos normales no requieren atención médica.
- d) El 10% mencionan directamente que no asistieron a un establecimiento de salud para atender su parto porque no querían.
- e) El 7% indican que no buscan atención médica porque tienen una familiar partera, la suegra o la propia madre. El 7% señalan como impedimento para realizar su parto en centro de salud por la ausencia del médico. 7% indican que no asistieron porque no hay hospital²².

²²El establecimiento de salud de Curva tiene el nombre de Hospital Kallawaya Boliviano Español Curva, pero únicamente realiza atención de primer nivel, es decir, el lo real funciona como centro de salud.

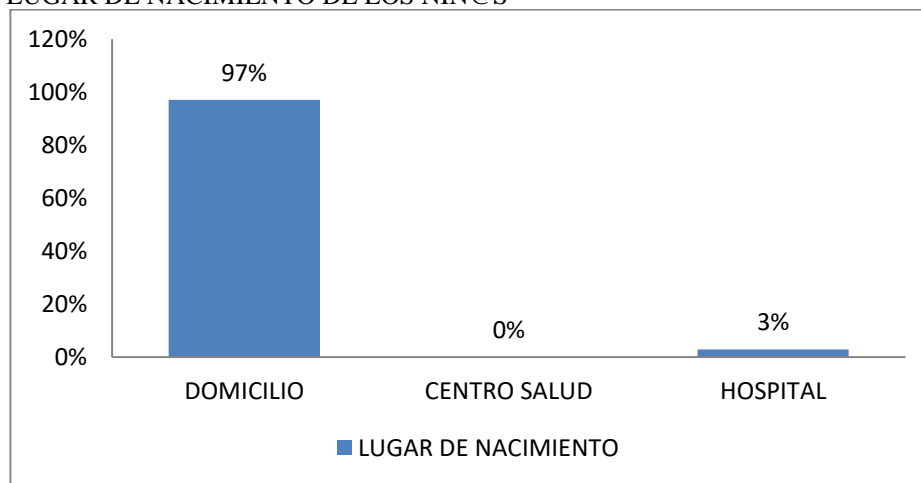
- f) El 3% aducen la distancia como causa por la no atención. El 3% señalan como motivo de la no atención los feriados. El 3% Indica que el parto se produjo de noche y por tanto no se pudo atender en hospital.
- g) Finalmente, otras 3% señalan que el parto fue tan rápido que no fue necesario buscar atención médica.

IV.3.3.2. Segunda Pregunta

Las respuestas a la segunda pregunta: ¿Dónde has tenido a tu hij@? Se refleja a continuación.

GRÁFICO IV.6.

LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS NIÑ@S



FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta de las madres de Curva.

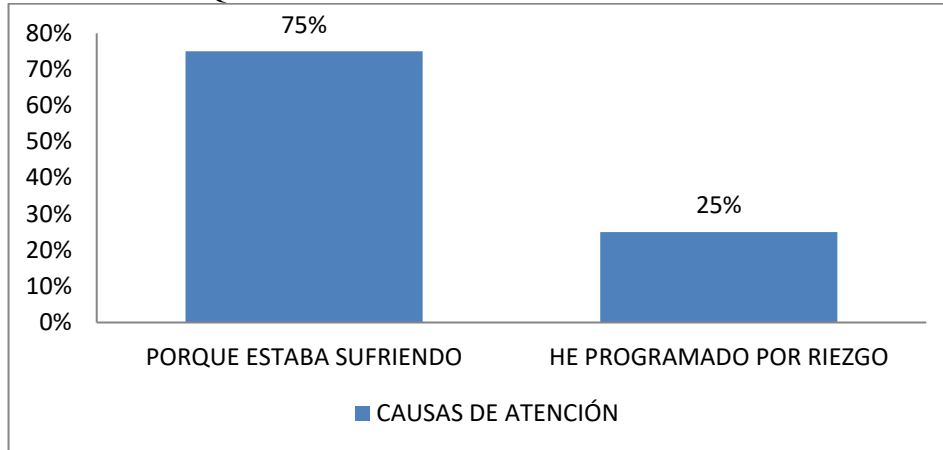
- a) El 97% de las madres señalan que sus hijos nacieron en sus domicilios con atención de partera.
- b) Solo el 3% señala que sus hijos nacieron en hospital y ninguno habría nacido en el Hospital Kallawaya Boliviano Español de Curva.

IV.3.3.3. Tercera pregunta

Se refiere a las causas por las que las madres de Curva se atienden su parto en hospital.

GRÁFICO IV.7.

CAUSAS POR LAS QUE LAS MADRES SE ATIENDEN EN HOSPITAL



FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta.

- a) El 75% de las madres señalan que recibieron atención en hospital porque fueron trasladados por emergencia, por la complicación del parto natural.
- b) El 25% señalan que se atendieron en hospital porque programaron su atención en hospital, ya que, en el control prenatal, el médico diagnosticó embarazo de alto riesgo.

No se registró ningún caso en que las madres hubieran asistido a los establecimientos de salud por decisión propia o buscando atención médica como derecho, en el momento del parto, todos fueron por emergencia o diagnóstico de alto riesgo, lo que ratifica la creencia de las madres de que los partos normales no requieren atención especializada, es necesario recordar que el establecimiento de salud de Curva no tiene capacidad de proveer atención especializada, por lo cual se debe buscar en los hospitales de segundo nivel más próximo, se recurre al Hospital de Curva únicamente en busca de ambulancia.

IV.3.4. La voz de las madres de Curva, prueba de las barreras que las separa del servicio de salud.

La vida en el municipio de curva es relativamente tranquila y monótona, todavía en los poblados se cocina con leña, el humo que se eleva a los cielos, es señal de que hay seres humanos que habitan esas casas, que en su mayoría son casas de paredes de piedra y

adobe, techo de paja y piso de tierra, aunque también existen viviendas modernas del programa de vivienda social, este aire de paz se combina con el cantar de las aves, el sonido del viento en la montaña, el ladrido de los canes, la distancia y el olvido hacen una sinfonía de vida y paz,

Pero en las viviendas de Curva habita gente que no ha nacido en hospital, todas han nacido en domicilio, tal vez por eso aman a su tierra tanto, pero las necesidades y la pobreza son más fuertes que el amor a la tierra donde nacieron, sobre todo los jóvenes, que para mejorar su situación y progresar tienen que abandonar Curva en busca de oportunidades en otras tierras, en las minas y en las ciudades de La Paz, El Alto y otras ciudades del interior y del exterior del país.

Pero las madres con sus niños no pueden abandonar fácilmente, ellas cuidan de las abuelas o las abuelas cuidan de sus hijas y nietos, ya que ellas saben de todo, porque son kallawayas de estirpe, en realidad los abuelos y abuelas cuidan a sus descendientes con los conocimientos sobre el cuidado de sus ajayus y medicinas y creencias.

Las abuelas y las madres se especializan en el cuidado de los niños y de las madres jóvenes, en las voces de ellas se indaga las causas que separan a las madres de los servicios de salud en el momento de parto, he aquí algunos testimonios.

La señora Orfa Yanahuaya²³ de la comunidad Upinhuaya tiene dos hijos, de seis años y seis meses respectivamente, ambos nacieron en su domicilio, el parto fue atendido por una partera, suegra de la madre, cuando se le pregunta, ¿Por qué no fue al hospital para atender su parto? ella responde:

Ambos he tenido en la casa, tengo más confianza con mi suegra, ella es partera, en hospital dice que solo dan drogas, las tabletas, pastillas no nos cura, calma el dolor un rato y los médicos quieren que dependamos de las drogas, pero no hay curación, quieren aprender con nuestro cuerpo, no saben atender un parto, por eso yo no

²³ Orfa Yanahuaya tiene 17 años y ya tiene dos hijos, ambos los tuvo en domicilio.

confío, no pienso ir al hospital de Curva, tal vez vaya a La Paz, aquí sólo vienen estudiantes y no saben cómo curar, están averiguando, como cura un kallawaya²⁴.

El testimonio de la señora Orfa Yanahuaya muestra la barrera de desconfianza que impide acercarse al hospital, más bien parece tener suficientes motivos para alejarse de los establecimientos de salud, pero también muestra su percepción de que en el hospital de Curva solo se realiza prácticas, como en todos los establecimientos de salud, existe la presencia segura de jóvenes con mandiles blancos, son los estudiantes de medicina que realizan sus prácticas, están tres meses de manera continua y la población les llega a conocer y en muchos casos, se saludan en la calle, en la tienda, en la feria, por eso la presencia de los practicantes no pasa desapercibido, ellos son la imagen del centro de salud, ya que los médicos sólo están algunos días, y claro, nadie en su sano juicio confiaría a un estudiante el cuidado de su salud, pero al ver que los pasantes muestran interés por la salud de los niños y las madres logran la simpatía de la población, pero no logran borrar la barrera de desconfianza que separa entre los pacientes qhichwa y el centro de salud, más bien lo profundiza.

La estadía temporal de los estudiantes también crea desconfianza, porque hoy están mañana no, porque terminada las prácticas, los estudiantes con seguridad no vuelven nunca más, porque a los estudiantes solo les interesan sus notas, la paciente que conoció en Upinhuaya y que tomó una muestra de sangre no es de su preocupación y menos la salud de la paciente, tal vez la muestra de sangre y el nombre de la paciente sirve como prueba del trabajo de campo de la interna.

El testimonio de Corina Espinoza²⁵ de la comunidad de Upinhuaya describe las razones de su desconfianza en el personal de salud, a partir de una experiencia de toma de sangre por el personal de salud y cuyo resultado de análisis de laboratorio no ha sido devuelto a

²⁴Entrevista a la señora Orfa Canahuaya.

²⁵Doña Corina Espinoza tiene 27 años, tiene 4 hijos de los cuales 3 nacieron en domicilio y uno en hospital.

la paciente, porque con seguridad ese personal se cambió a otro establecimiento de salud o que era un estudiante de la universidad haciendo su práctica de trabajo de campo.

La respuesta a la pregunta del por qué no acudió al hospital para atender su parto señala:

No voy porque no confío en los médicos, pueden hacernos cualquier cosa, una vez una doctora me ha sacado sangre, ha dicho que con eso va saber lo que tengo que después me va a curar, se ha llevado mi sangre y nunca más ha vuelto, que habrá hecho con mi sangre, tal vez algo me ha hecho, por eso me siento débil y también mi hijo se enferma continuamente, por eso no pienso ir al hospital, yo ya no confío, solo practican con nosotros²⁶.

La desconfianza de la señora Corina Espinoza hacia el personal de salud por la no devolución de los resultados de la muestra de sangre, no es porque sea una mujer de la cultura kallawaya, cualquier persona en una situación de enfermedad esperaría esos resultados para aliviar su dolor, pero si se pierde con la muestra y nunca recibe los resultados y peor aún desaparece el médico, es para desconfiar, en Curva o en cualquier lugar del mundo, siendo aymara, qhichwa, chino, suizo o catalán, si además todos los días escuchas testimonios negativos de los médicos por parte de los líderes kallawaya, la desconfianza se convierte en el mecanismo de autodefensa.

Algunas madres de Curva que tienen experiencia de haber sido atendida el parto en un hospital público, tampoco están dispuestas a regresar por sus experiencias en el establecimiento de salud, según el relato de doña Mercedes Bustillos habría sido dado de alta cuando aún sentía dolores, es sabido que en los hospitales de 2do nivel tanto de la ciudad de La Paz y como en la ciudad de El Alto colapsan por falta de camas y en ese caso el médico se apresura en dar de alta, lo más rápido posible, sobre todo aquellos partos considerados normales. Estas experiencias también crean opinión en las madres de Curva,

²⁶Entrevista a Corina Espinoza del municipio de Curva.

ya que, en las reuniones de comunidad, estas experiencias son compartidas entre las mujeres.

Doña Mercedes Bustillos²⁷ vecina del Hospital Kallawaya de Curva cuenta su experiencia de su paso por el hospital de segundo nivel de la ciudad de El Alto, con estas palabras, citado en la Revista Foro (Choque, 2019, pág. 91).

Yo no voy al hospital, porque nos botan aun estando mal, al día siguiente después del parto nos dan de alta, yo por ejemplo todavía estaba con dolor, pero igual me han despachado, porque ya no había cama, otras están esperando por cama y así me vine en el bus con mi wawa y mis cositas. Nosotras aquí nos cuidamos mucho, después del parto estamos una semana en cama sin hacer nada, ahí nos atienden la familia, después, un mes estamos sin trabajar, solo cuidando a la wawa. Si trabajamos o vamos al campo nos puede dar sobreparto, en el hospital al día siguiente nos despacha a nuestras casas, el doctor y las enfermeras dicen que ya estamos sanas y que nos tienen que mandar a casa, parece que se aburren con nosotras y nos quieren botar nomas. Si nos atendieran como en casa tal vez puedo ir al hospital a tener mi hijo²⁸.

Doña Mercedes tiene razones para protestar, porque para regresar a Curva, debe esperar la góndola a las 5 de la madrugada en la parada de bus, zona El Tejar de donde parte hacia Curva un recorrido de 387 kilómetros, la mayor parte del camino es de tierra y con el cuerpo adolorido después de un día de haber tenido el parto, debe ser un verdadero calvario, los movimientos bruscos de la góndola pueden amenazar con descenso de la matriz y pueden poner en riesgo la vida de la madre, aunque haya sido parto natural, pero el servicio de salud no tiene sensibilidad con los requerimiento de las madres.

²⁷ Doña Mercedes Bustillos de 39 años, vive en Curva, tiene 8 hijos, siete las tuvo en domicilio y uno en hospital.

²⁸El testimonio de Mercedes Bustillos ha sido reproducido en la Revista FORO Nº 2 de Unidad de Postgrado y Relaciones Internacionales UMSA.

Pero esta sensación de falta de cuidado y dedicación del servicio de salud a las pacientes, por las consultas rápidas, superficiales, atenciones apresuradas y las altas antes de tiempo, no solo la sienten las madres de Curva, si no es una queja permanente de las usuarias que acuden a los establecimientos públicos de salud, que contrasta con las clínicas privadas, allá convencen a la paciente a internarse y una vez internada alargan el tiempo para dar de alta, porque mientras más tiempo permanecen internadas se multiplica los ingresos.

Esta prisa del personal médico para dar de alta a las pacientes de poco riesgo, no se debe exclusivamente a la insensibilidad del personal de salud, sino a la saturación de pacientes en los hospitales maternológicos de segundo nivel, esto se debe a que los establecimientos de primer nivel no tienen la capacidad resolutive y las pacientes, especialmente las parturientas prefieren ser atendidas en establecimientos de segundo nivel, lo cual provoca déficit de camas atendiendo inclusive en el piso o en los pasillos. Un sistema que priorice la atención primaria disminuiría la presión a los hospitales de segundo y tercer nivel y mejoraría las coberturas de parto institucional.

Cuando se les pregunta a las madres, ¿Si alguna vez irían al centro de salud para atender su parto? Las madres muestran su predisposición siempre y cuando se les atienda mejor que en la casa, doña Julieta Quispe de Paye²⁹ muestra su deseo de que el servicio de salud mejore para poder acudir a un establecimiento de salud:

Si cambia todo y el hospital nos atiende mejor, que en la casa tal vez puedo ir, pero mientras si todo sigue igual no creo, prefiero tener en casa con la ayuda de mi suegra.

Yo no voy aquí al hospital de Curva, puedo querer ir al hospital de la caja de La Paz, cuando nació mi segundo hijo, mi esposo estaba trabajando en la prefectura y tenía seguro, ahí me han atendido bien, ahí quisiera ir, aquí los doctores no saben

²⁹Julieta Quispe de Paye es de comunidad de Curva, de 42 años, tiene 7 hijos de los cuales 5 nacieron en domicilio y 2 en hospital

nada, son jóvenes recién están aprendiendo igual te quieren mandar a La Paz o a El Alto³⁰.

Al igual que las madres de Humanata, las madres de Curva manifiestan su deseo de ser atendidas por el servicio de salud en el Hospital de Curva, siempre y cuando mejoren las condiciones de atención, que el hospital local provea un servicio de salud de calidad.

Las madres de Curva también tienen críticas a los líderes kallawaya, ya que según ellas a la hora de enfrentar las emergencias no tienen ninguna solución, por la que es necesario garantizar a esa población un servicio de salud con capacidad resolutive y de manera gratuita, tal como establecen los seguros de maternidad y niñez, la crítica a los llamados médicos kallawaya, corresponde a la señora Julieta Quispe, ya citada anteriormente.

Él nos dice que los médicos nos dan solamente drogas, pero cuando el parto se complica no sabemos qué hacer, a la fuerza tenemos ir al hospital de Escoma o Achacachi para salvarnos, cuando eso pasa, él (un kallawaya) tampoco soluciona, cuando no hay ambulancia tenemos que ir en taxi y el taxi cobra 400 hasta 500 bolivianos, de aquí hasta Escoma o La Paz³¹.

Este dato coincide con los resultados de la encuesta, cuando el 75% de las madres señalan que fueron al hospital por emergencia, cuando los partos normales demoran mucho tiempo, sin embargo los eventos registrados como parto institucional, no son partos atendidos en los centros y postas de salud del municipio, son partos atendidos por emergencia en los hospitales de las ciudades de La Paz y El Alto y hospitales de ciudades intermedias de Escoma y Achacachi, que habían sido trasladados de emergencia en ambulancias o movilidades particulares de las comunidades de Curva al haber fracasado un parto normal en domicilios atendidos por parteras y familiares, no porque hayan hecho un mal trabajo, sino porque habían sido partos de alto riesgo y como siempre en

³⁰ Entrevista a la señora Julieta Quispe.

³¹ Entrevista a la señora Julieta Quispe

estos casos el hospital y el médico es el último recurso, con el riesgo inminente para la vida de la madre como del recién nacido.

Como el conocimiento de la ciencia médica no hace milagros y los médicos son tan solo humanos con competencias de atención en salud, en la mayoría de los casos se resuelve con éxito y en algunos casos el servicio de salud no siempre es efectivo y a veces se pierde la vida de la madre o del recién nacido, lo que le vale la fama de que “a los hospitales se va a morir nomás”.

IV.3.4. Discusión: El servicio de salud en territorio kallawaya

El censo de 2012 reporta que en el municipio de Curva se registra el 8.4% de parto institucional, que desde ya, es muy grave, pero la realidad que nos muestra la encuesta es aún peor, las madres encuestadas señalan que únicamente el 3% de sus hijos nacieron en hospital y el 97% en domicilio, lo cual es un problema terrible, ya que no solo es un problema de cobertura de atención en salud, sino además es un problema múltiple de: Derechos humanos, salud pública, políticas públicas, política sanitaria y gestión pública.

En el municipio de Curva existe un muro que separa a las madres del personal de salud, es un muro artificial construido: por un lado, por la desconfianza creada por la ineficacia en la atención de la salud de la población, por parte, del personal en los establecimientos de salud y por otro, la descalificación del servicio médico por parte de los dirigentes kallawaya, es un muro de desconfianza, producto del cual las madres de Curva no asisten a los establecimientos de salud para atender su parto, en consecuencia los partos se realizan en domicilios de las parturientas atendidos por parteras y kallawayas, que en la mayoría de los casos son sus propias familias, madres y suegras.

Según, Ramón Quispe Lizárraga³² líder de los kallawaya del municipio de Curva, que prefiere llamar a sus colegas “médicos kallawayas”, son portadores de conocimientos de

³²Ramón Quispe Lizárraga ocupa el cargo de Central Agraria del Distrito Municipio de Curva.

siglos sobre el cuidado de la salud de los pueblos qhichwa y aymara, son los conservadores de la tradición cultural de los pueblos nativos del Tawantinsuyu.

Pero que actualmente –según Ramón Quispe- los “médicos kallawaya” están más preparados, porque, no solo conocen de la medicina tradicional, sino también del funcionamiento del cuerpo humano y experimentan los efectos que provocan las diferentes plantas sobre el cuerpo humano, una vez comprobado sus beneficios aplican a sus pacientes, en ese sentido, los “médicos kallawaya” son especialistas en el cuidado de la salud, el dirigente kallawaya señala:

El conocimiento de los médicos kallawaya es producto de la preparación de toda la vida, sobre la base de los conocimientos que hemos heredado de nuestros abuelos, actualmente el kallawaya es un investigador permanente, investigamos sobre las nuevas enfermedades que aparecen como producto del avance de lo que se llama desarrollo y cómo podemos curar esas enfermedades, por ejemplo: El cáncer, el alcoholismo, el estrés y otros, porque si no curamos, la gente ya no va creer en nosotros, la atención de cada paciente es una prueba de la validez de nuestro conocimiento, si no curamos, la gente ya no nos buscaría, si curamos, entonces todos los que sufren alguna enfermedad nos buscan, para eso, la clave es la preparación y la experimentación, el médico kallawaya no es ningún improvisado, es por el contrario un experto.

Pero muchas enfermedades son producto de la forma como se alimenta la gente, si la gente come y toma productos que envenenan el cuerpo, por supuesto que se va enfermar y en cambio sí consumen comida sana como nuestros abuelos, serán personas sanas y no se enfermarán, un kallawaya es un médico integral, sabe desde psicología, la parte espiritual, alimentación, las plantas y productos de la naturaleza que son medicinales y las prácticas propiamente curativas, por eso el tratamiento es largo, no es de noche a la mañana.

Los médicos de la universidad no conocen todo eso, ellos solo saben dar recetas y las píldoras alivian el dolor un rato y la enfermedad sigue, pero los que vienen a Curva son nuevos, por eso nadie confía en ellos, si vinieran médicos con experiencia y especialistas, tal vez la gente puede confiar.

Porque en algunos casos el kallawaya no puede resolver, como los accidentes y emergencias, cuando se presentan esos casos derivamos al centro de salud, para que puedan atender, pero como los médicos no tienen experiencia, en ambulancia llevan al hospital de Escoma o Achacachi, pero algunas veces ni siquiera la ambulancia está disponible y en ese caso termina en muerte³³.

El testimonio de don Ramón nos muestra la dedicación de los llamados “médicos kallawaya” a su oficio del cuidado de la salud e investigación sobre las propiedades de los alimentos y las plantas para la salud de las personas, lo que contrasta con el centro de salud, donde regularmente se encuentran los internos.

La opinión de don Ramón Quispe, descrita líneas arriba, no es producto de la coyuntura y el interés individual, es más bien producto de una construcción histórica, ser kallawaya en Curva, en la nación aymara y qhichwa, en el país y en el mundo es hablar del patrimonio intangible de la humanidad y en consecuencia la responsabilidad de preservar y defender los conocimientos milenarios del cuidado de la salud de hombres que habitaron y habitan Curva, está en manos de los líderes kallawayas, de ahí que las palabras del líder kallawaya parecía una sentencia.

Otro factor que contribuye a la primacía de los llamados médicos tradicionales, es el hecho de que la calidad del servicio de salud público en Curva, como en otros municipios rurales, tiene muchas limitaciones lo cual impide brindar atención adecuada y oportuna provocando la desconfianza de las madres, ya que el personal que trabaja en los establecimientos de salud de Curva no ha sido contratado para trabajar allí, si no que han sido trasferidos por diversos motivos a Curva, entonces están de manera temporal lo que

³³Entrevista a Ramón Quispe.

disminuye el desempeño de ese personal en la atención de salud, ya que su principal preocupación es poder encontrar una vacancia en algún establecimiento de salud cercano a la ciudad de La Paz, los que están de manera regular las 24 horas del día, son los estudiantes de medicina que realizan sus pasantías, que no tienen conocimiento de atender a los pacientes y tampoco cuentan con conocimientos suficientes para resolver los problemas de salud de la población, incrementando la desconfianza de la población en el centro de salud.

Resultado del cual se tiene un servicio de salud en la cual nadie confía, en consecuencia, las madres no están dispuestas a solicitar su atención, porque la imagen que se tiene es que el personal viene a aprender y una vez que saben algo se van, esta fama se lo ha ganado por la falta de capacidad resolutive y por el discurso de los líderes kallawaya.

Los llamados “médicos kallawaya” tienen un poder indiscutible en Curva, por el conocimiento del cuidado y sanación de las personas, porque son considerados como los sabios de la cultura kallawaya, pero también por el poder político que poseen al constituirse en autoridades originarias, ellos ocupan los cargos de la Central Agraria Distrito Municipio Curva, Central de Ayllus Originarios, Mallku Central y secretarios generales de las comunidades y otros cargos políticos del municipio, ejercen el cargo de secretario general de la comunidad y ejercen el control social al gobierno municipal. Este poder de los líderes kallawaya contrasta con la debilidad del servicio de salud y el personal de salud, que no ha logrado ganarse ni siquiera la confianza de la población.

Los “médicos kallawaya” están en una competencia constante con el personal de salud, en busca de la preferencia de las pacientes, parecido a una guerra comercial, lo que se busca es la preferencia del cliente desacreditando al otro, por lo menos por parte de los líderes kallawaya y por parte del personal de salud contribuye con su inacción, no se hace el esfuerzo de brindar un servicio de salud de calidad, lo cual obviamente no depende de la voluntad del personal, sino de todo un sistema de atención en salud, sin embargo se podrían esforzarse en ganarse la confianza con la dedicación a su trabajo.

En una guerra las víctimas siempre suelen ser inocentes, en este caso son las pacientes qhichwa, madres y niños que se quedan sin recibir atención médica especializada. En Curva, como en los municipios rurales, se necesita un servicio de salud con capacidad resolutive o un servicio de salud de calidad.

IV.3.6. Conclusiones y hallazgos

- A) De acuerdo a la encuesta el 97% de las madres señalan que tuvieron sus partos en domicilio atendidos por parteras, familiares y kallawayas, y únicamente el 3% de partos atendidos en establecimiento de salud, disminuyendo incluso el indicador del 8.4% de parto institucional del censo 2012, lo que mostraría que la realidad es más grave de lo que reportan los datos oficiales.
- B) El 67% de las madres de Curva que no asistieron a los establecimientos de salud para atender su parto, son por causas atribuibles a la deficiente calidad del servicio, que se refiere a los siguientes factores: 1. Mala atención o mal trato 21%, 2. Falta de privacidad en los consultorios 17%, 3. Ausencia del médico 7%, 4. Ausencia de un servicio hospitalario 7%, 5. Temperatura fría en el centro de salud 3%, 6. Falta del servicio en horarios de noche y feriado 6% y 7. La distancia 3%.
- C) El 31% de las madres del municipio de Curva no se atienden su parto en el centro de salud, por causas atribuibles a las madres: 1. El 14% no busca atender su parto en centro de salud, porque consideran que el parto normal no requiere atención médica, 2. El 10% directamente no quiere atenderse en establecimiento de salud y 3. El 7% señala que no busca atención por tener una partera en la familia.
- D) En la encuesta como en las entrevistas salta a la vista la desconfianza de la población al centro de salud y mucho más de las madres al servicio de salud, porque el establecimiento de salud no resuelve eficazmente la demanda de las madres, resultado del cual tienen mayor confianza con las parteras y kallawayas.

- E) El 75% de las madres que se atendieron en Hospital lo hicieron por emergencia, cuando el parto normal no concluye exitosamente y requiere hospitalización y el 25% lo hace porque en los controles se identifica como partos de alto riesgo.
- F) En el municipio de Curva se ha cumplido el objetivo de la antropología de la salud, ya que no solamente se ha revalorizado la medicina tradicional, sino que se ha sobrevalorado y también se ha cumplido la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas aprobada mediante la resolución 61/295, elevado al rango de ley por el estado boliviano mediante Ley N° 3760 (Bolivia, 2007), la misma en su artículo 24 señala: “Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital” (Naciones Unidas, 2007), ya que la práctica de la medicina tradicional se realiza plenamente, no solo en el municipio de Curva, sino en todo el territorio del país y en algunos países del mundo, como medicina alternativa.
- G) Sin embargo, no se ha cumplido el segundo objetivo de la declaración de las Naciones Unidas, “Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a los servicios sociales y de salud” (Naciones Unidas, 2007), ya que únicamente el 3% de las madres tienen acceso efectivo a los servicios de salud en territorio kallawaya, de acuerdo a la encuesta.
- H) Pero no solo se ha revalorizado la medicina kallawaya, los llamados “médicos tradicionales”, también han logrado acumular mucho poder, el poder de los líderes kallawaya llega a tal punto, que cuyas opiniones respecto a los médicos del servicio de salud se convierten en mandato y crean fe, aquí ya no hay una lucha con los médicos, la opinión de los kallawaya es ley, la revalorización de la medicina tradicional es completa y ejerce un dominio total, que impide a que las madres del municipio se acerquen al Hospital Kallawaya Boliviano Español de Curva, este hecho evita el cumplimiento del segundo objetivo del citado artículo de la declaración de las Naciones Unidas, acceso irrestricto a los servicios de salud de las personas indígenas.

- I) Este dominio no solo abarca a los prestadores de servicios de salud, sino también a las autoridades políticas, se constituye en lo que David Truman llamaría grupo de presión a nivel del gobierno municipal e incluso a nivel nacional, en el momento de la entrevista el máximo líder de los kallawayas ejercía el cargo de secretario general de la central agraria del municipio y de control social, el rescate y revalorización de la medicina tradicional, en su lado espiritual, se ha convertido en una religión, el yatiri hoy convertido en sacerdote intercultural está presente en todos los actos oficiales de los gobiernos: municipal, departamental y nacional, realizando o celebrando las llamadas ceremonias inter religiosas.
- J) A nivel del gobierno nacional tienen participación directa, ya que el cargo de viceministro de medicina tradicional está reservado a un médico tradicional, representando y velando los intereses de los llamados médicos tradicionales e incluso en contra de los intereses de las usuarias del servicio de salud.
- K) Incluso en los círculos académicos, las universidades, diseñadores y operadores de políticas públicas a nivel local, como en la mayoría de los países de la región, la medicina tradicional se convierte en una alternativa indiscutible frente al modelo occidental dominante y excluyente de la medicina occidental. Aun viendo los escasos resultados de los programas de salud intercultural y SAFCI, se defiende con firmeza a dicha política, el que duda o cuestiona la efectividad de dicha política, es vista con recelo y es calificada como fuera de moda e incluso se sospecha de racista.
- L) En este escenario el trabajo del personal de salud en el municipio de Curva se reduce a realizar trabajos de prevención, control de peso y talla de los niños, colocado de las dosis de vacunas, atención de control prenatal, organización de ferias de salud, y la dotación de suplementos nutricionales para adultos mayores caramelo y otras atenciones menores sobre todo a niños.
- M) Las madres qhichwa de Curva no atienden su parto con personal médico por la desconfianza generada por los kallwaya hacia el personal de salud, esta situación no podrá mejorar mientras persista la mala calidad del servicio de salud y mientras no

recupere la confianza de las usuarias del servicio de salud y mientras persista la lucha entre el servicio de salud y los líderes kallawayaya.

N) Las conclusiones de la presente investigación servirán para que los diseñadores de políticas de salud, autoridades nacionales, departamentales y municipales de salud puedan tomar en cuenta a la hora de cumplir con el objetivo de cobertura universal de atención en salud, la misma pasará por superar la lucha de la organización de los kallawayaya hacia los establecimientos de salud y personal de salud, por lo tanto la estrategia de lograr 100% de cobertura de parto institucional debe ser de manera local, será un programa local de atención en salud, la misma debe considerar el poder de la organización de los kallawayaya y la desconfianza de las madres hacia el personal de salud y el centro de salud.

IV.4. LA VOZ DE LAS MADRES DEL MUNICIPIO DE ANCORAIMES

El municipio de Ancoraimes fue creado mediante Ley N° 515 el año 1980 (BOLIVIA LEY N° 515, 1980), es la segunda sección de la provincia Omasuyos del departamento de La Paz, de acuerdo al censo del 2012 el municipio de Ancoraimes tiene una cobertura de parto institucional del 13%, que le coloca en el antepenúltimo lugar entre los 339 municipios del país.

Para llegar a Ancoraimes se debe partir de la terminal interprovincial de Villa Esperanza Rio Seco de la ciudad de El Alto, a cualquier hora del día, de allá se puede abordar minibuses, se pasa por la ciudad de Achacachi y el camino es asfaltado.

Datos socio demográficos

El municipio de Ancoraimes fue creado con tres cantones, de acuerdo al último censo cuenta con una población de 13.136 habitantes, de los cuales el 87,35% aprendieron a hablar en aymara, por lo que se caracteriza como un municipio de población aymara.

En el municipio de Ancoraimes el 1% de la población no tiene certificado de nacimiento, el 13.6% no cuenta con cédula de identidad, el 9,31% de la población en edad escolar no

asiste a la escuela, 8,2% varones y 10,4% mujeres, solo el 18,2% de viviendas cocinan con gas en garrafa, 42,37% recibe agua por cañería, 5,80% de las viviendas cuenta con alcantarillado, el 88,5% de la población se encuentra en situación de pobreza (INE, 2012).

IV.4.1. Servicio de salud

De acuerdo a la información proporcionada por el Gobierno Autónomo Departamental de La Paz, los establecimientos de salud del municipio de Ancoraimes pertenecen a la red de salud rural Nro. 4, tiene siete establecimientos de salud: Un hospital, un centro de salud y cinco postas de salud, los ítems del personal alcanzan a una cantidad de 17 distribuido de la siguiente manera. (SEDES, 2018).

CUADRO N° IV. 8

ASIGNACION DE PERSONAL A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

ESTABLECIMIENTO	NRO. PERSONAL	CARGOS
C.S. Ancoraimes	9	2 médicos generales, 1 odontólogo, 1 técnico en laboratorio, 1 Lic. de enfermería y 4 Aux. de enfermería.
C.S. Chejepampa	2	1 médico general y 1 Aux. de enfermería
C.S. Pocoata	2	1 Lic. de enfermería y 1 Aux. de enfermería
C.S. Cajjata	1	1 Aux. de enfermería
C.S. Incakaturapi	1	1 Aux. de enfermería
C.S. Chojñapata	1	1 Aux. de enfermería
C.S. Macamaca	1	1 Aux. de enfermería

Fuente: INFORME CITE: GADLP/SEDESLP/DIRECCIÓN/NEX-103/2018

Al igual que en los municipios de Humanata y Curva únicamente uno de los centros de salud, el de Ancoraimes estaría en condiciones de proveer servicio de salud ya que cuenta con personal necesario, dos centros de salud estarían con posibilidad de brindar atención primaria de salud y cuatro centros de salud solo podrían realizar promoción, prevención y curaciones menores, los centros de salud atendidos únicamente por un auxiliar de

enfermería es sinónimo de ausencia del servicio de salud, por eso, es claramente comprensible que no se realiza atención de partos en la mayoría establecimiento de salud.

En el municipio de Ancoraimes la encuesta se realiza en seis comunidades: Lojrocachi Norte, Ispaya Grande, Camata Sur y Camata Centro, Cansaya y Corpa, del 23 al 31 octubre de 2018, en el idioma aymara y castellano, en cooperación de juntas escolares.

IV.4.2. Resultados de la encuesta

Ficha técnica

Objetivo de la encuesta: Conocer las causas por las que a las madres de Ancoraimes no se atienden sus partos en establecimiento de salud.

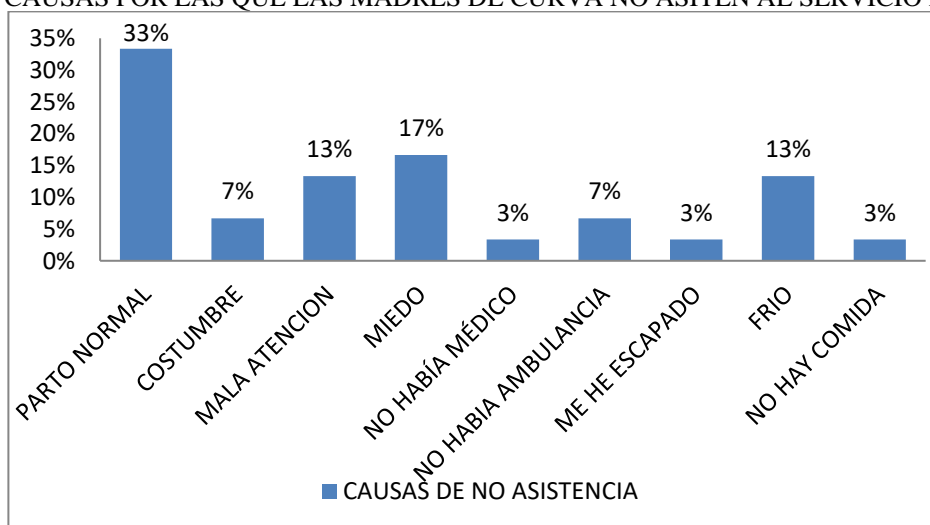
Cantidad: 37 madres.

Fecha de recolección: 11,12, 18 y 19 de mayo de 2018.

IV.4.2.1. Primera pregunta. El resultado de las respuestas a la primera pregunta, ¿Por qué no fuiste al centro de salud para tener a tu hij@? Se resume en el siguiente cuadro.

GRÁFICO IV.9.

CAUSAS POR LAS QUE LAS MADRES DE CURVA NO ASITEN AL SERVICIO DE SALUD



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta.

El resultado de la encuesta muestra los factores que inciden en la cobertura de parto institucional y parto en domicilio.

1. El 33% de las madres encuestadas señalan que no acudieron al establecimiento de salud para atender su parto, porque tuvieron partos normales y consideran que el parto normal no requiere atención médica.
2. El 17% indican que no buscan atenderse en el centro de salud por miedo.
3. El 13% señalan que no acudieron al centro de salud por las bajas temperaturas en las salas de atención.
4. El 13% no buscaron atención en el hospital de Ancoraimes por el maltrato por parte del personal de salud.
5. El 7% indican que no lograron ser atendidas por la no disponibilidad de la ambulancia, la ambulancia no las recogió.
6. El 7% argumentan que no buscaron atención médica porque están acostumbradas de tener partos en domicilio.
7. El 3% señalan que no recibieron atención médica, porque se escaparon del hospital, porque la atención no era de su agrado.
8. El 3% indican como causa la falta de alimentación en el hospital.
9. El 3% no se atendieron por ausencia del médico en el momento de parto.

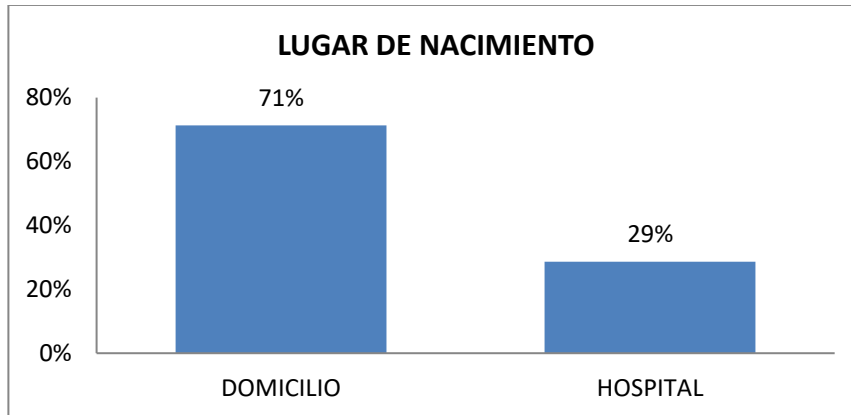
El dato que llama la atención es que el 50% de las madres encuestadas no buscaron atención médica, un 33% consideran que los partos normales no requieren atención médica y 17% atribuyen que no buscan atención hospitalaria por miedo, estos factores podrían atribuirse a la conducta de las madres de Ancoraimes, lo cual podría cambiarse con una estrategia de socialización de los derechos de las madres y de la niñez y por supuesto la mejora de la calidad del servicio, pero el otro 50% de las madres que no se atienden parto en establecimiento de salud, son factores atribuibles al servicio de salud del municipio.

IV.4.2.2. Segunda pregunta

Las respuestas a la segunda pregunta: ¿Dónde has tenido a tu hij@? Se refleja en el siguiente cuadro.

GRÁFICO IV.10

LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta de las madres.

Los resultados de la encuesta por el lugar donde nacieron los infantes de Ancoraimes muestran que:

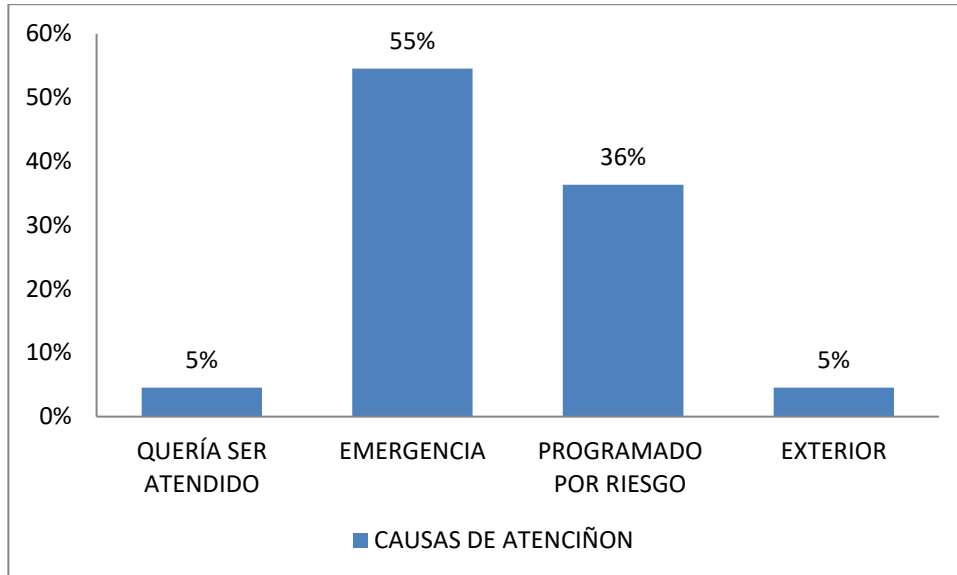
- a) El 71% de los infantes de las madres encuestadas, habrían nacido en sus domicilios, atendidos por familiares y parteras.
- b) El 29% de los niños habrían nacido en recintos hospitalarios con atención de personal especializado.

Existe un incremento significativo del porcentaje del parto institucional, del 13% al 29%, un incremento del 100%, los factores que hayan contribuido a esa mejora la veremos en el siguiente acápite, en torno a la siguiente pregunta ¿El incremento del porcentaje del parto institucional se debe a factores de la calidad del servicio o a factores externos al servicio de salud?, la misma se revisará en comparación con los otros municipios de la muestra.

IV.4.2.3. Tercera pregunta

La pregunta se refiere a las causas por las que las madres de Curva se atienden su parto en hospital.

CUADRO IV.11.
CAUSAS POR LAS QUE LAS MADRES SE ATIENDEN EN HOSPITAL



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta.

Según las madres recibieron atención de parto por las siguientes causas.

- El 55% de los partos atendidos en hospital, han sido internadas por emergencia por complicaciones del parto natural.
- El 36% de las madres se atendieron en hospital por estar programado, por haber sido diagnosticado como embarazo de alto riesgo.
- El 5% de los partos atendidos por personal especializado se produjo porque las madres programaron su atención en hospital.
- El 5% de los partos se realizaron en hospital por estar en el exterior.

En Ancoraimes la mayoría de los partos atendidos en hospital también es por emergencia, pero aparece dos variables que estaban ausentes en Humanata y Curva: Las madres

programaron atenderse en hospital y la atención en el exterior del país, factores que serán analizados en las siguientes secciones.

IV.4.3. La voz de las madres de Ancoraimos, la mala calidad del servicio aleja a las madres del servicio de salud

Como en los otros municipios, para validar la información recogida en la encuesta se realizan las entrevistas a las madres, mediante el cual se indaga información complementaria sobre las causas por las que las madres no reciben atención médica en el momento del parto.

La señora Modesta Castillo³⁴ de la comunidad de Lojrocachi Norte quién al responder sobre las razones por las que no va al hospital de Ancoraimos para atender su parto señala.

Aquí en la casa nomás he tenido a mis wawas, porque una vez he caído al hospital de Ancoraimos de emergencia, el doctor me ha reñido nomás, grave siempre me ha reñido y mi esposo me ha defendido y ha peleado grave con el doctor y nos hemos venido lo hemos dejado, nos hemos venido a pie, no había ni ambulancia y nos ha dicho que teníamos que pagar gasolina y nosotros no teníamos plata, por eso, no voy a ese hospital, en la casa nomás siempre he tenido, para que voy a ir al hospital, ya tengo miedo, seguramente me puede reñir también³⁵.

La experiencia relatada de la señora Modesta Castillo, de su relación con el hospital municipal de Anraimes, no es precisamente la más grata, como para volver cuantas veces sea necesaria para atender su salud, al contrario es garantía para nunca más volver, cualquiera sea las circunstancias y la causa del desencuentro, la paciente tiene la razón, como en cualquier servicio, el cliente siempre tiene la razón, de lo contrario nunca más volverá, el maltrato del servicio de salud es una de las causas para que una madre tenga parto en domicilio.

³⁴Modesta Castillo vive en la comunidad de Ispaya Norte, de 37 años, tiene 8 hijos y todos nacieron en domicilio.

³⁵Entrevista a Modesta Castillo

Cuando una persona va a un hospital es para encontrar un alivio a sus dolencias y en consecuencia debe encontrar alivio no solo al dolor, si no también tranquilidad y sosiego a su angustia y si por el contrario encuentra incomodidad y violencia, la falla no es del quien busca el servicio de salud, que es su derecho, sino del establecimiento de salud que no es capaz de proveer un servicio de salud que satisfaga a la paciente.

La señora Virginia Mamani³⁶ también tiene motivos para no atenderse en el hospital de Ancoraimes, ya que en el pasado tuvo que internarse de emergencia, de no haber surgido la emergencia con seguridad no hubiera conocido los servicios de un hospital, pero esa experiencia no habría sido de lo más placentero, por lo cual la señora Virginia no está dispuesta a repetir esa experiencia.

Estoy acostumbrada de tener parto en casa, pero una vez al realizar trabajos pesados de levantar carga, se ha roto la bolsa, mi esposo llamó al hospital, el doctor ha venido y dijo que era riesgoso y me llevaron al hospital de Ancoraimes, me llevaron en ambulancia, felizmente he tenido el parto rápido nomas, pero después del parto el doctor me ha despachado rápido también, dijo que tenía que cerrar el hospital.

Era feriado y el doctor tenía que irse y más bien me ha despachado en ambulancia y me he recuperado en casa, si no había ambulancia que hubiera hecho, pero si no hay emergencia no voy al hospital, porque no atienden bien³⁷.

El testimonio de la señora Virginia muestra que el personal de salud, tiene prioridades que es su descanso de feriado y viaje a la ciudad de La Paz y la paciente parturienta que se vaya a su casa a cuidar su salud y al del recién nacido, dar de alta a la madre después de horas de parto contraviene los protocolos de atención y dejar a la madre sin atención post parto establecidos en los protocolos de atención de partos, por suerte no ha habido complicaciones, considerando que el trabajo de parto se inició con la ruptura de la bolsa

³⁶Virginia Mamani de Ispaya Norte, tiene 34 años, cinco hijos, 4 tuvo en domicilio y uno en hospital.

³⁷Entrevista a Virginia Mamani.

amniótica por realizar trabajos pesados, lo que requiere atención y vigilancia después del parto.

Cerrar el hospital en horas cuando no hay personal de turno y en días de feriado es dejar a la población sin servicio de salud, como consecuencia se tiene, madres atendiéndose con partera y quedarse sin atención médica o en casos de emergencia trasladarse en movilidades particulares al hospital de Achacachi, si no hay movilidad están condenadas a atenderse con partera. Luego los organismos proveedoras de servicios justifican que las madres prefieren atenderse su parto con partera.

Otra de las causas mencionadas por las madres de Ancoraimes es la temperatura de la sala de parto, relatado por la señora Celia Chino³⁸.

He tenido amenaza de parto, me llevaron al hospital, allá casi me han hecho pasar con frío, era muy frío, me he salido nomás y en la casa me he calendo, peor nomás me he enfermado, para el parto ya no he querido ir, ya tenía miedo³⁹.

Las bajas temperaturas de las salas de parto e internación es un factor que influye en la decisión de las madres de acudir o no al centro de salud para atender su parto, este factor es mencionado por las pacientes de todos los establecimientos de salud en los municipios estudiados, en realidad tener una sala de parto o internación con temperaturas menores a 25° está en contra la normas de protocolos de atención de parto boliviano, lo cual es un defecto de los establecimientos públicos de salud en los municipios rurales.

Otro factor mencionado por las madres es la falta del servicio de ambulancia, la señora Virginia Cutipa Castillo⁴⁰ al respecto manifiesta lo siguiente:

Una vez tenía que ir al hospital, porque me hice vencer, de repente nomas estaba con síntomas de parto, llamamos al hospital para que manden ambulancia y que

³⁸Celia Chino vive en Ispaya Norte, tiene 22 años, tres hijos, todos nacieron en domicilio.

³⁹Entrevista a Celia chino.

⁴⁰Virginia Cutipa Castillo vive en Ispaya Note, tiene 29 años de edad, cuatro hijos, todos nacieron en domicilio.

venga el doctor, pero nunca llegó la ambulancia, tampoco el doctor, no sabía qué hacer, con partera nomas he tenido a mi wawita en casa, para qué nos dan teléfono, en vano nomás es, por ahí me pasaba algo, el doctor mismo me ha dicho que mi embarazo tenía mucho riesgo, sí o sí tenía que ir al hospital, después con partera nomas siempre he tenido, mi esposo también ya sabe, más tranquilo es, ya no confío en hospital⁴¹.

La falta de disponibilidad de la ambulancia es mencionada de manera recurrente por las madres en los municipios estudiados, como se ha visto en Humanata hay diferentes motivos para que la ambulancia no llegue a donde espera la parturienta, en algunos casos las pacientes tienen que pagar el combustible de la ambulancia, en contra de lo que establece el seguro de salud.

IV.4.4. Discusión

La encuesta ratifica, en alguna medida, los datos oficiales sobre la cobertura de parto institucional en el municipio de Ancoraimes, que según el INE apenas alcanza al 13% y según la encuesta se ha encontrado que el 29% de los partos se realizan en centros hospitalarios y el 71% de los partos se realizan en domicilio, esta mejora al parecer se debe a la cercanía al Hospital de Achacachi y al asfaltado del camino y no necesariamente a la mejora de la calidad del servicio, ya que en los testimonios de las madres la causa de inasistencia a los establecimientos de salud continúa siendo la mala calidad del servicio.

Entre los tres municipios estudiados del departamento de La Paz, la distancia a los hospitales de segundo nivel parece incidir en la mejora del porcentaje de parto institucional, de acuerdo a la encuesta el municipio que se encuentra a una distancia mayor a un hospital de 2do nivel tiene menor índice de atención de parto institucional:

⁴¹Entrevista a Virginia Cutipa.

CUADRO IV.12

RELACION DISTANCIA, TIPO DE CAMINO Y PARTO INSTITUCIONAL

MUNICIPIO	HOSPITAL MÁS CERCANO	DISTANCIA KM *	TIPO DE CAMINO *	PARTO EN HOSPITAL **
Ancoraimes	Achacachi	32,3	Asfalto	29%
Humanata	Escoma	35	Tierra	16%
Curva	Escoma	110	Tierra	3%

FUENTE: Elaboración propia en base a la encuesta y mapas ABC.

*ABC Red vial fundamental 2020(ABC, 2020)

** Encuesta a las madres de los municipios

La distancia entre el municipio y el hospital de 2do nivel más próximo y el tipo de camino, parecen influir en la cobertura de parto institucional, esto debido a que el mayor porcentaje de partos en hospital se realizan por emergencia, el 75% en Curva, 55% en Ancoraimes y 43% en Huamnata, los cuales requieren el traslado en ambulancia o en vehículos privados distancias considerables y el tipo de camino condiciona la posibilidad de trasladar a la parturienta al hospital, por el costo y el tipo de vehículo, incluso para el uso de la ambulancia del gobierno municipal las pacientes deben erogar los costos y en moviidades particulares debe pagar en función a la distancia.

El cuadro nos muestra que a mayor distancia entre el municipio y el hospital de 2do. nivel hay menor índice de atención hospitalaria, es el caso del municipio de Curva, ya que entre Curva y Hospital de Escoma hay una distancia aproximada de 110 Km y de acuerdo a la encuesta, únicamente los partos atendidos en hospital es del 3%, en cambio, a menor distancia entre el municipio y el hospital hay mayor porcentaje de partos atendidos con personal especializados, es el caso de Ancoraimes, donde la distancia entre Ancoraimes y Hospital de Achacachi es de 32 Km, los partos hospitalarios, de acuerdo a la encuesta, alcanzan el 29%.

Otro factor que parece incidir en las atenciones de parto en hospital es el tipo de camino, entre Curva y Escoma el camino es de tierra, en cambio entre Ancoraimes y Achacachi es pavimentado, ambos factores antes mencionados inciden en el flujo vehicular, de Curva a Escoma el transporte público sale únicamente en las mañanas, en cambio de Ancoraimes

y Achacahi es permanente, todos los factores podrían incidir en la cobertura de parto institucional.

En este acápite se introduce a la discusión, las variables de distancia y facilidad en el acceso a un hospital de 2do. nivel, ya que los mismos son proveedores de servicio de salud con atención especializada, en consecuencia se trata de relacionar la distancia que separa entre la residencia de las parturientas y el servicio de salud, considerando que en este punto de la investigación, hay la seguridad de que los establecimientos de salud en municipios rurales estudiados no son portadores de servicio de salud y la demanda de las madres por un servicio de calidad para la atención de sus partos, motivadas en los últimos años por el beneficio del Bono Juana Azurduy, son constantes.

Retomando los resultados de la encuesta en el municipio de Ancoraimes, aunque el porcentaje de partos atendidos en domicilio es menor que en los municipios de Curva y Huamanata, se mantiene las causas por las que las madres no atienden su parto en hospital: Mala atención del personal, miedo por la desconfianza, ausencia del médico, temperaturas bajas en el establecimiento de salud, la no disponibilidad de la ambulancia y la inexistencia del servicio de alimentación, factores directamente relacionados a la calidad del servicio.

El 40% de las madres de Ancoraimes no asisten al hospital, por considerar que el parto normal no requiere atención médica y que por costumbre siempre han tenido parto en domicilio, lo cual es producto de la falta de promoción de las prestaciones del SUS en los servicios de salud y capacidad de brindar una atención de parto de calidad, es decir, las madres no conocen atención de parto que cumpla con todos los protocolos de atención, en su imaginario está que en el establecimiento de salud se atiende mal o no se atiende y concluyen que siendo parto normal no es necesario correr ese riesgo, por eso argumentan, “como es parto normal prefiero tener en casa no más”.

En la entrevista la señora Virginia Mamani ha reportado que minutos después del parto, en el centro de salud de Ancoraimes donde fue trasladada por emergencia, el médico la dio

de alta para que la madre pueda recuperarse en domicilio, porque el parto tuvo lugar en día feriado y el médico tenía que viajar a la ciudad de La Paz, dejando el centro de salud cerrado y sin servicio de salud a toda la comunidad, a pesar de que en este establecimiento de salud hay dos médicos y cuatro enfermeras, ya que en la mayoría de los centros de salud únicamente está asignado un médico, una licenciada en enfermería y una auxiliar de enfermería.

Lo que no justifica la irresponsabilidad del médico de dar de alta a una paciente inmediatamente después del parto, a pesar del reclamo de la flamante madre, el médico prefirió abandonar a su paciente, considerando además que el parto se dio por emergencia y por tanto requería cuidados post parto.

Otro testimonio que es necesario evaluar es la de Modesta Castillo, que fue trasladada al hospital por emergencia por amenaza de parto, pero que, por el mal trato del médico, la parturienta tuvo que abandonar el establecimiento y terminar el trabajo de parto en su domicilio, otra de las entrevistadas también señaló que abandonó el hospital de Ancoraimes por temor a resfriarse por el ambiente frío de la sala de internación. Que las pacientes abandonen el hospital por la mala calidad del servicio es algo que no se menciona en las reuniones del CAI.

Al igual que en otros municipios, no se encontró en la encuesta, ni en las entrevistas, factores culturales como obstáculo para que las madres se atiendan en establecimientos de salud, no se ha encontrado quejas por el idioma del personal de salud, ni por la posesión del parto, disposición de la placenta o quejas por los colores de la pared, las madres solo querían atención sin maltrato, sala de internación y parto con temperatura adecuada y servicio de ambulancia disponible, en definitiva lo que buscan es un servicio de salud de calidad.

Las madres que prefieren tener parto en casa, atendido por familiares o partera, es precisamente por la mala calidad del servicio o para no sufrir maltratos por parte del

personal de salud, las madres prefieren tener parto en domicilio para no sufrir la mala calidad del servicio de salud.

IV.4.5. Conclusiones

- El 60% de las madres encuestadas señalan que no asisten a un establecimiento de salud para atender su parto, por causas atribuibles directamente al servicio de salud: Miedo a ser maltratada por el personal 17%, mala atención en el centro 13%, ambiente frío 13%, no había ambulancia 7%, ausencia del médico 3%, falta de alimentación 3%, abandono del centro de salud 3%, las madres de Acoraimes no reciben atención de parto por la mala calidad del servicio.
- El 40% de las madres indican no haber buscado atención médica por factores no atribuibles directamente al centro de salud: El 33% consideran que un parto natural no requiere atención médica, en consecuencia, han tenido parto en domicilio y el 7% prefiere tener parto en domicilio, la cual es producto de las experiencias de haber sufrido la mala calidad del servicio de salud.
- No se ha encontrado factores culturales como barrera para el acceso de las madres de Acoraimes a los establecimientos de salud para atender sus partos.
- En los testimonios se encuentra la búsqueda de atención médica en el momento del parto, pero ante las malas condiciones de atención se ven obligadas a resignarse a ser atendidas por familiares y parteras e incluso abandonar el servicio de salud.
- Como en los otros municipios la barrera que separa a las madres de los establecimientos de salud es la desconfianza a los servicios de salud por la mala calidad del servicio y no se identificó ninguna barrera de tipo cultural.

IV.5. LA VOZ DE LAS MADRES DEL MUNICIPIO DE TAPACARÍ

La provincia de Tapacarí fue creada mediante Ley N° 39 de 23 de enero de 1826, inmediatamente después de la fundación de la república, es una de las provincias más antiguas del departamento de Cochabamba, pero la provincia se divide en dos municipios,

Quillacollo y Tapacarí, mediante Ley de 14 de septiembre de 1905 (Bolivia, 1905), es la primera sección de la provincia Tapacarí del departamento de Cochabamba. De acuerdo al censo del 2012 el municipio de Tapacari tiene una cobertura de parto institucional del 13,5%, que le coloca en uno de los cuatro últimos lugares entre los 339⁴² municipios del país, por eso el interés de conocer este municipio.

Para llegar al municipio de Tapacarí se parte de la terminal interdepartamental de la ciudad de El Alto, a cualquier hora del día, en buses con destino a Cochabamba o en movilidad particular, se debe quedar en la tranca de Confital, en el tramo Caracollo – Cochabamba, de Confital hacia el norte se adentra a las comunidades del municipio de Tapacarí, solo una parte del camino es de ripio, pero la mayoría de los caminos vecinales son de herradura, lo cual dificulta el tránsito de movilidades de transporte público y sobre todo de la ambulancia.

Datos socio demográficos

El municipio de Tapacarí cuenta con 265 comunidades rurales agrupados en 5 cantones, un centro poblado, de acuerdo al último censo cuenta con una población de 24.625 habitantes, de los cuales el 66,15 % aprendieron a hablar en qhichwa y el 26% en aymara, por lo que se caracteriza como un municipio de población predominantemente qhichwa y una presencia importante de población aymara ubicada en las partes altas.

En el municipio de Tapacarí el 2,1% de la población no tiene certificado de nacimiento, el 20,6% no cuenta con cédula de identidad, el 18% de la población en edad escolar no asiste a la escuela, 14,6% varones y 22% mujeres, solo el 12% de viviendas cocinan con gas en garrafa, 21% recibe agua por cañería, solo el 1% cuenta con alcantarillado, el 94,9% de la población se encuentra en situación de pobreza.

⁴²Se toma en cuenta la cantidad de municipios existentes en el momento del último censo de población y vivienda realizado por INE.

IV.5.1. Servicio de salud

El municipio de Tapacarí, de acuerdo al INE, (INE, 2012) tiene una cobertura de parto institucional del 13,50% que lo ubica en uno de los cuatro últimos lugares, según datos del gobierno municipal (AMDECO, 2008), la tasa de fecundidad es del 7, 2%, la tasa de mortalidad infantil llega a 111,1% de mil nacidos vivos.

El municipio cuenta con 20 establecimientos de salud, un Hospital, cinco centros de salud y catorce postas, estos últimos son atendidas por una auxiliar de enfermería.

CUADRO IV. 13.

ASIGNACION DE PERSONAL A LOS ESTABLECIMIENTOS

ESTABLECIMIENTO	NRO. PERSONAL	CARGOS
Hospital Tapacari	10	2 médico general, 1 Lic. de enfermería, 1 Aux. de enfermería, 1 Chofer y 5 Adm.
Puesto de Salud Challa	1	1 Aux. de enfermería
Centro de salud Japo	4	1 médico general, 1 odontólogo, 1 Lic. de enfermería y 1 Aux. de enfermería.
Centro de salud Leque	3	1 Médico general, 1 Aux. enfermería y 1 Chofer
Puesto de salud Villa Pereira	1	1 Aux. enfermería
Puesto de salud jatun Pampa	1	1 Aux. enfermería
Puesto de salud Chivirrancho	1	1 Aux. enfermería
Puesto de salud Waca Playa	1	1 Aux. enfermería
Puesto de salud Coracaba	1	1 Aux. enfermería
Centro de salud Ramadas	2	1 Médico general, 1 Aux. enfermería
Puesto de salud Tunas Vinto	1	1 Aux. enfermería
Puesto de salud Jironkota	1	1 Aux. enfermería
Puesto da salud Llavini	1	1 Aux. enfermería
Puesto de salud Palca Molino	1	1 Aux. enfermería
Centro de salud Aramasi (Convenio)	2	1 Médico general y 1 Lic. enfermería
Puesto de salud Pongo	1	1 Aux. enfermería
Centro de salud Confital	2	1 Médico general y 1 Lic. enfermería
Puesto de salud Aphaumiri	1	1 Aux. enfermería

Puesto de salud Huayllas	1	1 Aux. enfermería
Puesto de salud Tajllu	1	1 Aux. enfermería

Fuente: PDM 2008-2012 GOBIERNO MUNICIPAL DE TAPACARÍ

El dato que resalta es la ausencia de especialistas entre los 37 funcionarios de salud asignados al municipio, como ocurre en los otros municipios estudiados, lo que significa que no existe servicio de especialidad, necesarios para atender a las parturientas y los recién nacidos, médico obstetra y pediatra, lo cual es recurrente en los municipios rurales.

Por el contrario, el 59,4% del personal es de enfermería, personal que no puede atender un parto, lo que implica la inexistencia del servicio de salud para atender un evento de parto, el servicio de enfermería realiza la promoción de la salud y del servicio, pero al no existir el servicio con capacidad resolutive, la promoción pierde eficacia.

IV.5.2. Resultados de la encuesta

Ficha técnica

Objetivo de la encuesta: Conocer las causas por las que a las madres de Tapacarí no se atienden sus partos en establecimiento de salud.

Cantidad: 37 madres.

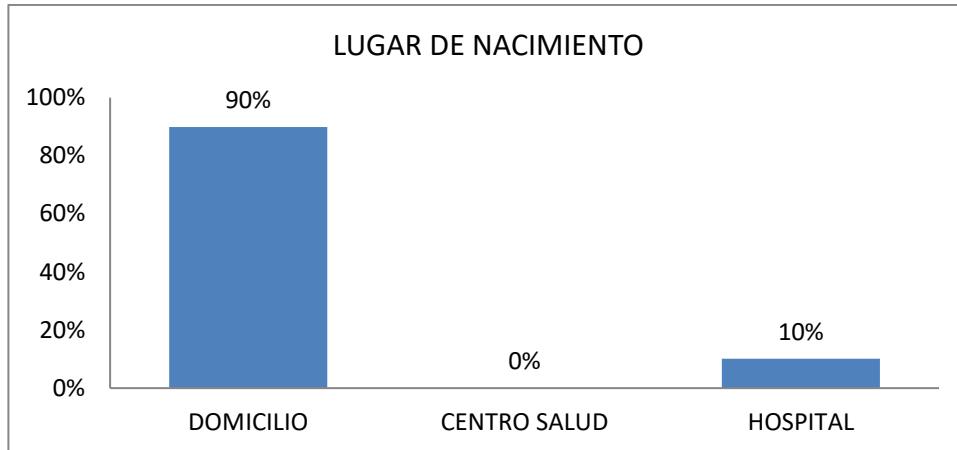
Fecha de recolección: 13, 14 y 15 de diciembre de 2019.

IV.5.2.1. Primera pregunta

Las repuestas a la primera pregunta: ¿Dónde has tenido a tu hij@? se refleja en el siguiente cuadro.

GRÁFICO IV. 14

LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta.

Los resultados de la encuesta por el lugar donde nacieron los niños y niñas muestran que:

- a) El 90% de los infantes de las madres encuestadas habrían nacido en sus domicilios, atendidos por familiares y parteras.
- b) El 10% de los niños habrían nacido en recintos hospitalarios con atención de personal médico.

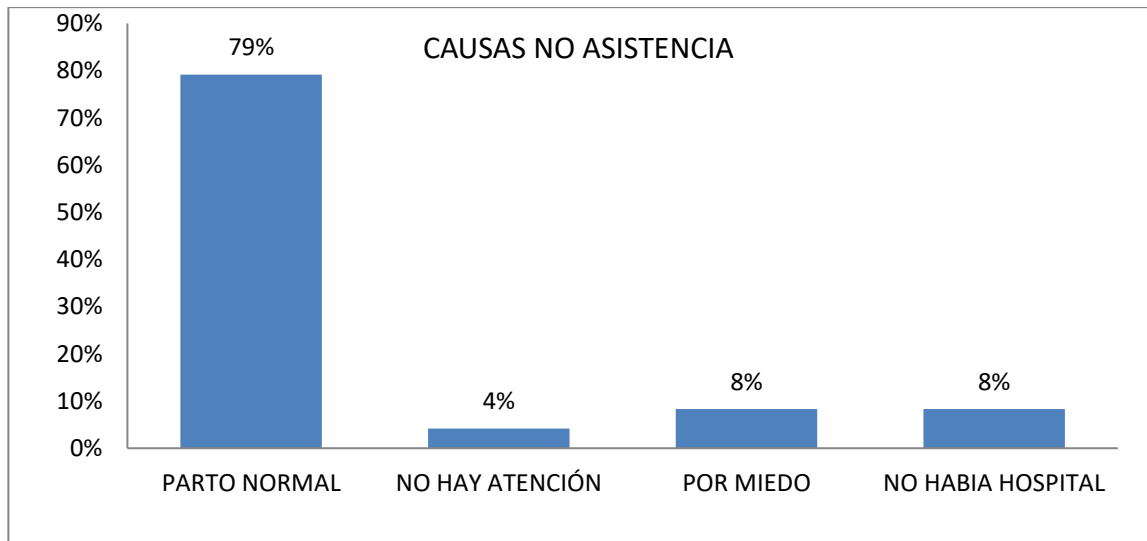
El resultado de la encuesta empeora la cobertura del parto institucional de 13,5 % a 10%, lo que significa que la realidad es más dura que la verdad, pero como en el caso del municipio de Curva la distancia que separa de la residencia de las parturientas y un hospital de segundo nivel con capacidad resolutive parece determinar la posibilidad de recibir atención médica, se había visto en Curva que la distancia hasta el Hospital de Escoma, hospital más próximo es de 110 Km y en caso de Tapacarí el promedio de distancia de las poblaciones hasta el hospital de Quillacollo y la ciudad de Cochabamba es de 100 Km, lo que ratifica el hallazgo en los municipios del departamento de La Paz, que ante la inexistencia del servicio de salud con capacidad de resolución, la distancia al hospital más próximo condiciona la posibilidad de recibir atención hospitalaria del parto.

IV.5.2.2. Segunda pregunta

El resultado de las respuestas a la segunda pregunta, ¿Por qué no fuiste al centro de salud para tener a tu hij@? Se resume en el siguiente cuadro.

GRAFICO IV.15.

CAUSAS DE NO ATENCIÓN DE PARTO EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta.

El dato que resalta es la creencia o resignación de las madres, el no buscar atención médica cuando se prevé parto normal o natural, este factor influye al 79% de las parturientas tener parto en domicilio.

El resultado de la encuesta muestra los factores que inciden en la cobertura de parto institucional y parto en domicilio.

- a) El 79% de las madres encuestadas señalan que no acudieron al establecimiento de salud para atender su parto, porque tuvieron partos normales y consideran que el parto normal no requiere atención médica. El 8% indican que no buscan atenderse en el centro de salud por miedo. El 8% señalan que no se atendieron porque no existe hospital. El 4% indican que no hay atención en las postas de salud.

Se ratifica que la inasistencia de las madres a un establecimiento de salud para recibir atención de parto se debe a la inexistencia o mala calidad del servicio, como ocurre en los

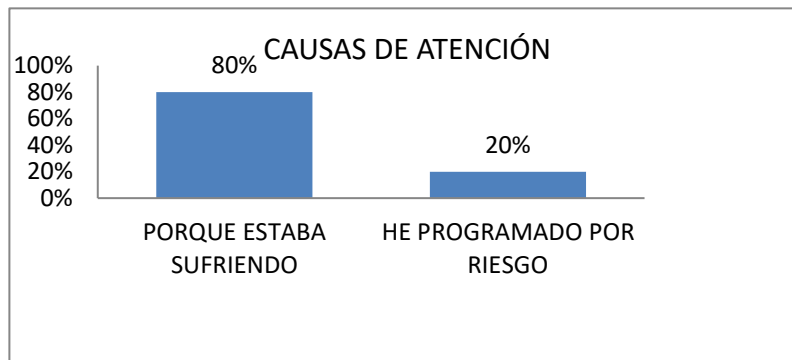
municipios estudiados y que es generalizables a todos los municipios rurales con población originaria.

IV.5.2.3. Tercera pregunta

La tercera pregunta se refiere a las causas por las que las madres de Tapacarí se atienden su parto en hospital.

CUADRO IV.16

CAUSAS DE ATENCIÓN DE PARTO EN HOSPITAL



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta.

Según las madres recibieron atención de parto por las siguientes causas.

- A) El 80% de los partos atendidos en hospital, han sido internadas por emergencia por complicación de parto natural.
- B) El 20% de las madres se atendieron en hospital por estar programado, por haber sido diagnosticado como embarazo de alto riesgo.

IV.5.3. Conclusiones

- La encuesta ha reportado que en el municipio de tapacarí existe menor cobertura de parto institucional que el dato oficial proporcionado por el INE, 10% respecto al 13,5%, registrando una diferencia del 3,5%, situación similar a lo que ocurre en Curva, donde también ha disminuido el porcentaje de madres atendidos en establecimiento de salud, la que se explica al parecer por la distancia que separa de la residencia de las madres al hospital de segundo nivel más próximo, es decir, la distancia que separa a

las madres de un servicio de salud con calidad, calidad entendida como capacidad resolutive.

- El 20% de las madres encuestadas señalan que no asisten a un establecimiento de salud para atender su parto, por causas atribuibles directamente al servicio de salud: EL 8% señala que no había hospital, el 8% indica que tiene miedo a un establecimiento de salud para atender su parto y el 4% arguye que no hubo atención.
- El 80% de las madres indican que tuvieron parto normal lo cual, según ellas, no requiere atención especializada.
- El 80% de las madres que recibieron atención especializada del parto, señalaron que se debe a que fueron trasladadas al hospital de emergencia por complicaciones de parto en domicilio.
- El 20% de las madres atendidos en hospital señalaron que fueron programados porque en los controles se identificó como partos de alto riesgo.

IV.6. Discusión sobre los hallazgos

De acuerdo a los resultados de la encuesta en los municipios estudiados, las causas por las que las mujeres originarias aymara y qhichwa no reciben atención médica en el momento de parto, se puede agrupar en dos grupos: 1. Causas atribuibles al servicio de salud, la inexistencia y la mala calidad del servicio y 2. Causas atribuibles a la conducta de las madres, factores que las analizamos a continuación.

IV.7.1. Partos no atendidos por falta y mala calidad del servicio de salud

Un servicio de salud para que se traduzca en atención a la paciente de manera eficaz, requiere que concurren simultáneamente y las 24 horas los siguientes factores: 1. Infraestructura adecuada, 2. Equipamiento (Incluye ambulancia), 3. Personal, 4. Insumos y medicamentos y 5. Servicios, organizados en un modelo de atención en el marco de un sistema de salud que responden a una política de salud, la ausencia de uno de los factores se traduce en ausencia y mala calidad del servicio, que en el caso de partos incide en un

51,25% de partos no atendidos de manera institucional, aspecto que ha sido abordado ampliamente en los diferentes capítulos, por lo que no es necesario ahondar en el tema.

IV.7.2. Según las madres el parto natural no requiere atención médica

Siempre de acuerdo a la encuesta, el 37,75% de las madres en promedio de los municipios estudiados, argumentan que no buscaron atención médica porque han tenido parto normal o natural y que, según las madres, en estos casos, no requiere atención hospitalaria, que se traduce en la actitud de las madres en no buscar atención de parto en servicio de salud. El embarazo sin riesgo, de riesgo y alto riesgo es identificado en los controles realizados por los médicos o que en el proceso de gestación no presentó eventos que hagan sospechar de algún riesgo para la madre o el feto.

Lo que nos lleva a discutir la posibilidad de que el parto normal o natural, hoy llamado en los países de OCDE, parto humanizado, sea vista como una alternativa diferente a lo que se ha llamado parto medicalizado, parto atendido en establecimiento de salud por un médico, es decir, el parto institucional.

Las políticas de parto natural o parto humanizado se comienza a aplicar en países desarrollados con el objetivo de mejorar la atención en parto, una vez que habían alcanzado atención universal y donde la razón de mortalidad materna RMM es de un dígito (OMS, UNICEF, BM, UNFPA, ONU, 2015, págs. 5-12), por ejemplo en España “En el año 2007, el Consejo Interterritorial del SNS aprobó la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud” (EAPN)(ESCURIET, 2014, pág. 66), de similar manera en el resto de los países de OCDE.

CAPÍTULO V

ESTUDIO DE CASO

LA VERDAD Y LA REALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD EN HUMANATA

V.1. Proyecto de investigación Suma Jakaña

De acuerdo al plan de investigación, se tenía programado intervenir en el centro de salud de Humanata y la posta de salud de Pacolla, con un plan que consistía en ofrecer un servicio de salud de calidad, ya que partíamos del supuesto de que las madres no acudían al centro de salud para atender su parto por dos razones: 1. Por una barrera cultural que no le permite a las madres aymara y qhichwa acercarse al centro de salud para atenderse con el médico y que por esa razón prefería atenderse con el médico tradicional o la partera, producto del cual se tenía baja cobertura de parto institucional en municipios de población indígena, como resultado en Humanata se tenía 8% de cobertura de parto institucional, el último lugar entre los 339 municipios del país y 2. La existencia de un servicio de salud proporcionada por dos establecimientos de salud, de Humanata y Pacolla.

Para que el servicio de salud sea atractivo para las madres aymara de las comunidades del municipio de Humanata y que puedan superar las barreras que separaban para atenderse el parto, era necesario hacer del mismo un servicio de salud de calidad, para lo cual se diseñó un plan denominado “Suma jakaña”, con las siguientes prestaciones para la madre, el recién nacido y su familia, en los dos establecimientos de salud.

A) La sala de parto e internación se equipó con una cama hospitalaria y una cama común, para la parturienta y para él o la acompañante, una estufa, dos sillas y un estante metálico, el equipamiento estuvo a cargo del gobierno municipal. Hasta entonces no había cama hospitalaria, no había estufa, la sala de parto se habilitaba cuando se traía de emergencia a una parturienta cuando se complicaba el trabajo de parto realizado en domicilio atendido por familiares o partera, en algunos casos, ante la inexistencia de la sala de internación y ante el riesgo que corría la madre, el centro de salud refería al

hospital de Escoma enviándola en ambulancia acompañada por el médico o enfermera⁴³.

- B) Alimentación consistente en: Desayuno, refrigerio a media mañana, almuerzo, té en la tarde y cena, hasta antes de la implementación del proyecto el centro de salud no ofrecía a las internadas alimentación, eran los familiares que se encargaban de llevar los alimentos a la madre, cuando alguna vez se había realizado un parto, los alimentos eran preparados lejos del centro y que con seguridad llegaba frío, no llevaban sopa caliente que es la comida a la que están acostumbradas las familias del municipio y se lleva únicamente alimentación seca.
- C) Dotación de un ajuar para el recién nacido, lo cual es completamente nuevo para la familia y para el centro de salud.
- D) Gestión de pago del bono Juana Azurduy, todas las madres que no cuentan con el certificado de parto en establecimiento de salud y no pueden acceder al pago del bono en el marco del plan tendrían la posibilidad de acceder al mismo, la mayoría de las madres de Humanata no se benefician con dicho beneficio y son madres que tienen muchas necesidades, por ejemplo, para la alimentación complementaria en el periodo de gestación y post parto.
- E) Gestión para la entrega del certificado de nacimiento, el municipio de Humanata no cuenta con el servicio de registro civil, los padres tienen que tramitar el certificado de nacimiento en municipios donde existe ese servicio, Escoma, Achacachi, pero la mayoría lo hacen en la ciudad de El Alto, por esta razón el trámite para el certificado de nacimiento del recién nacido tiene un costo alto y por esta razón muchos niños se quedan sin certificado de nacimiento incluso años. El plan consistía en llevar al registro civil desde la ciudad de La Paz una vez por mes para que registren todos los nacimientos del mes y los que carecen de ese documento y al mismo tiempo la población aproveche de sacar duplicados de los certificados de nacimiento.

⁴³De Humanata a Escoma es una hora de viaje en ambulancia sobre camino de tierra.

F) Servicio de ambulancia para el traslado de la parturienta desde el domicilio o lugar donde se encuentre hasta el centro de salud y en caso de referencia hasta el hospital próximo o donde encuentre atención de parto y de retorno hasta el domicilio.

Para el cumplimiento del plan se firmó un convenio entre la Carrera de Ciencia Política y Gestión Pública de la UMSA y el Gobierno Municipal de Humanata, en el que se establecía las responsabilidades de las partes, para asegurar las prestaciones ofrecidas a las madres y los recién nacidos en los establecimientos de salud del municipio, las responsabilidades fueron las siguientes:

Responsabilidades del Gobierno Municipal de Humanata:

- Poner a disposición del plan todos los recursos del Seguro Integral de Salud, la infraestructura, equipamiento, insumos y medicamentos y el personal con el objetivo de lograr que todos los partos se realicen con atención médica en establecimiento de salud.
- En cumplimiento de esa responsabilidad el gobierno municipal adquirió el siguiente equipamiento: Dos catres hospitalarios, dos catres comunes, dos estufas, dos estantes metálicos, colchones, frazadas, sábanas y almohadas, con las que se equipó la sala de parto e internación, tanto en el centro de salud de Humanata y la posta de Pocolla. Los insumos y medicamentos estaban abastecidos en ambos establecimientos de salud.
- El gobierno municipal ya había equipado al centro de salud con cuatro ambulancias⁴⁴, dos cuadratracks, tres motocicletas. Una ambulancia, una cuadra y una moto se había destinado al puesto de salud Pacolla, el resto que quedaba en el centro de salud de Humanata, el combustible estaba programado la cual se entregaba cada vez que se consumía y se contaba un chofer de las ambulancias que se contrataba anualmente por el gobierno municipal, con la que se podía atender cualquier requerimiento de atención

⁴⁴El informe del alcalde de Humanata CITE: G.A.M.H./A.CH./Nº 065/2018, en la que se informa sobre la infraestructura, el equipamiento y personal municipal.

de parto y cualquier emergencia en salud, como también la salud preventiva y campañas de vacunación.

- Considerando que los motorizados no estaban en perfectas condiciones, especialmente la asignada a la posta de Pacolla que se encontraba sin funcionamiento, el gobierno municipal programó el mantenimiento de la ambulancia, la cuadra y la moto para el primer mes del año 2017.

El proyecto de investigación:

- Poner a disposición todas las herramientas de la investigación, con el objetivo de conocer por qué las madres del municipio de Humanata no asisten a los establecimientos de salud para atender su parto.
- El proyecto representado por el investigador apoyó con: 1. La dotación de ajuar para los recién nacidos, los mismos se expusieron en un estante en la sala de espera de la sala de parto bautizado con el nombre se Suma Jakaña.
- La alimentación para las internadas por parto, para lo cual se contrató una cocinera que preparaba los alimentos solo cuando había internación para atención de la parturienta y los acompañantes menores.
- Se hizo imprimir dos mil trípticos con las prestaciones ofrecidas por los establecimientos de salud, las mismas se distribuyeron en todas las comunidades y en las ferias, así mismo se hizo la presentación a las autoridades originarias de todas las subcentrales en una asamblea en plena plaza del pueblo.

Todo estaba listo para la atención de parto en el centro de salud de Humanata y la posta de Pacolla, se esperaba el primero de enero de 2017 años, para poner en marcha el plan. La idea principal fue trabajar con los recursos disponibles en el municipio para no repetir algunas experiencias, que mientras dura el proyecto “todo funciona bien”, pero una vez que concluye la intervención del proyecto todo vuelve al estado inicial o peor, porque el proyecto había generado una especie de clientelismo, por eso se apostó a que el plan fuera

sostenible localmente, se definió trabajar con el mismo personal asignado por el SEDES y del ministerio de salud con los médicos SAFCI y el responsable de telemedicina.

Mientras se espera el arranque del plan se realizó un ampliado de las autoridades originarias para anunciar que todo estaba listo para la implementación del plan “Suma Jakaña” y se solicitó autorización para realizar la encuesta en las comunidades, la cual ha merecido la aprobación y se encargó a cada secretario general de la subcentral para acompañar y guiar a los domicilios donde había madres con hijos menores de 10 años.

Con la autorización de los dirigentes de la central y las subcentrales agrarias y mientras se espera la fecha de arranque del proyecto, se realiza la encuesta del 15 al 18 de diciembre de 2016, se encontró a las madres en una actitud de colaboración, no tenían ninguna dificultad para responder a la encuesta, es más, al saber la presencia del encuestador toda la familia esperaba en la puerta de sus domicilios y en muchos casos las respuestas se realizaba en coordinación entre los miembros de la familia, por ejemplo la edad de los hijos era respondido por cada uno de los hijos, sobre el nacimiento de los hijos el esposo ayuda a recordar dónde y en qué circunstancias nació cada uno de ellos y quiénes atendieron los partos.

La realización de la encuesta en las comunidades fue un total éxito, no ha existido una sola madre que se haya negado a responder la encuesta, las autoridades originarias de las subcentrales agrarias cumplieron su palabra en acompañar a la realización de la encuesta, en ocasiones ayudaba a responder a la pregunta de algunas madres, ¿para qué están haciendo eso?, en muchos casos la encuesta se convertía en quejas, reclamos y solicitudes.

Cuando se revisan los resultados de la encuesta, la mayoría de las respuestas señalan como causa de la no asistencia al centro de salud para atender su parto, la ausencia del servicio de salud, las siguientes frases pronunciadas por las madres reflejan esa realidad: “No voy porque nunca está el doctor o no está la enfermera, por eso prefiero atenderme en casa con mi madre que es partera”, “Cuando llamo al doctor nunca llega, tampoco la ambulancia

llega, en vano he esperado”, esta primera tendencia de las respuestas es una verdadera sorpresa y revelación, incomprensibles ya que apuntaban a la inexistencia de un servicio de salud, ahora el estudio debía orientar a comprender y explicar, el ¿Por qué de las respuesta de las madres de Humanata?, ¿Qué significaba de que el centro de salud no les atendía?

Con los resultados de la encuesta, que fue expuesto y analizado en el capítulo IV, se ensaya una nueva hipótesis, “Las madres aymara de Humanata no acuden a los establecimientos de salud para atender su parto porque no existe el servicio de salud”, hasta entonces ningún estudio hacía referencia a la falta del servicio como causa de las bajas coberturas de parto institucional, ¿Cómo podría ocurrir que no exista el servicio, si ahí está el centro de salud?, está ubicado en la calle de ingreso de La Paz al pueblo de Humanata, es una de las construcciones más grandes del pueblo, es un edificio de dos plantas cuyas fachadas están pintadas de color blanco, en la puerta están estacionadas dos ambulancias, en el garaje hay otras dos ambulancias más, están también estacionadas dos cuadratracks y dos motocicletas, cualquiera que observe desde la acera del frente del centro de salud, no tendría duda de la existencia del servicio de salud.

Los días jueves se ven más o menos diez funcionarios trabajando en el centro de salud, algunos vestidos de mandil blanco y otros con distintivo de la alcaldía, algunos acompañan a pacientes fuera del centro, otros salen para tomar algún refrigerio y algunos realizan compras en la feria de la plaza de manera apresurada, al interior del centro se observan dos filas de personas, son los adultos mayores, una fila es para el registro y verificación de documentos y otra para recoger el suplemento nutricional CARMELO, también hay pacientes que esperan en la puerta del odontólogo, en la enfermería se atiende y realiza control de los niños, viendo lo que ocurre en el centro de salud, ¿Cómo explicar la versión de las madres respecto al inexistencia del servicio de salud

La descripción corresponde a los días jueves que es día de feria, día en que está toda la población, la gente llega de las comunidades cargado de sus productos, cargados en llamas

y burros, para vender o intercambiar con productos traídos de las ciudades u otras regiones, por otro lado, llegan los comerciantes de la ciudad de El Alto. La población también aprovecha de realizar controles de salud, vacunas y otras consultas. Para ese día las autoridades municipales también arriban de la ciudad de La Paz para atender a los vecinos y comunarios, las autoridades originarias llegan para realizar sus trámites, el mismo día se organizan ferias eventos de socialización por algún organismo del Estado, los funcionarios de los organismo de los diferentes niveles de gobierno arriban al pueblo para realizar reuniones o coordinación de actividades, porque es el único día que encuentran a las contrapartes locales, también el investigador del presente trabajo, arriba los días jueves para planificar y realizar eventos, porque los otros días solo se encuentra adultos mayores y niños, ni el transporte de personas está disponible con regularidad, en cambio los días jueves existe una fila de buses y minibuses de ida y regreso a la ciudad de El Alto.

Para fines de diciembre todo está listo para la implementación del plan “Suma jakaña”, solo se espera la llegada del primer día del año 2017, fecha en que entra en vigencia el servicio de salud de calidad, esto debido a que los indicadores de salud se miden anualmente y porque el programa ha sido promocionado, en las comunidades y beneficiarias, para que entre en vigencia desde el 1ro. de enero. Porque en el mes de enero y febrero se espera tres partos, identificados en los controles prenatales, programados para las fechas 16 y 30 de enero y 22 de febrero respectivamente en el centro de salud Humanata y dos partos en la posta de Pacolla el 25 de enero y 10 de febrero, ya las cinco familias han sido informadas del plan y están convencidas de acudir a los establecimientos de salud, ya conocen el plan “Suma Jakaña” y tienen anotados los números de teléfonos de los médicos y de las enfermeras y llamarán cuando se presente el trabajo de parto.

V.2. La realidad del servicio de salud

Serían las 19:00 horas del 15 de enero de 2017, es día domingo y en la comunidad Kutukutu la señora Juana Apaza Serezo⁴⁵ siente los síntomas de parto y comprende que

⁴⁵ Juana Apaza Serezo tiene 20, esperaba su segundo hijo.

el día esperado ha llegado, hay trabajo de parto, encarga a su esposo que llame al médico, pero el teléfono del doctor está apagado y llama a la enfermera, ella contesta pero indica que el médico llegará mañana y no puede hacer nada, lo señalado por las madres se confirmaba, “el médico no está”, para la familia de la parturienta esa respuesta no era novedad, tantas veces las madres de Humanata ya habían escuchado esa respuesta, entonces el esposo avisa a su madre y se disponen a atender un nuevo parto en casa con la ayuda de una partera.

Mientras allá lejos en la ciudad de La Paz, el médico, el director del SEDES e incluso ministra de salud disfrutan del feriado hogareño, ni siquiera se les pasa por la mente que en ese preciso momento se realiza un parto sin atención médica en el municipio de Humanata, con seguridad hasta que lean este relato o tal vez nunca lo lean, no se enterarán de que hay madres, en pleno siglo XXI, que todavía se producen partos en domicilio y sin atención médica, cuando el trabajo de un ministerio de salud debiera ser garantizar que todo nacimiento sea atendido por personal especializado en un establecimiento de salud.

El parto se realiza con la atención de la suegra con el apoyo del esposo, felizmente el mismo se realiza con toda normalidad, a las 21:00 horas el bebé nace sano, un niño más nacido en las penumbras, otra madre más da luz en domicilio, y el personal de salud de Humanata en el próximo CAI informará que la madre no acudió al centro de salud para atender su parto, porque su cultura le impide acudir al servicio médico y prefiere atenderse con una partera, pero la realidad es que no se atendió el parto por ausencia del servicio de salud, de lo que nadie se entera. El servicio departamental de salud y el ministerio de salud no saben que el servicio de salud que dirigen ha sido incapaz de atender un parto. Ahora se explica la causa porque hay menor cobertura de parto institucional en Humanata y con seguridad esta historia se repite en muchos municipios rurales, de esta manera se explica ¿Por qué en los municipios rurales solo el 40%, de los partos se realizan con atención de personal especializado?

Aquí es donde la voz de las madres de Humanata encuentra sentido y recobra valor de prueba, la prueba de por qué una madre aymara no es atendida por personal médico, la prueba de las causas de las bajas coberturas de parto institucional en municipios rurales, la verdad trascurre lejos de los supuestos teóricos e investigadores de la barrera cultural que se discute en eventos internacionales de salud intercultural y en las aulas universitarias.

Después del primer fracaso, se espera el 30 de enero, se verifica que el médico estaría de turno, entonces no habría problema por la ausencia del médico, todos estaban prevenidos para la atención del segundo parto del año en Huamnata. El mismo día a horas 4:00 de la madrugada suena el teléfono del doctor, es la misma Flora Vargas Condori⁴⁶ que llama al médico, después de varios intentos, por fin el médico contesta, ante el pedido de la parturienta para que le recoja para atender su parto, el doctor responde que la licenciada no llegó de su día libre, “sin enfermera no se puede atender!”, ya había anticipado la señora que algo fallaría, que seguro no la atendería, (Dicho y hecho), entonces la señora llama a su madre y familiares que acudieron inmediatamente, antes de que salga el sol había llegado al mundo, otro niño, sin atención médica, al día siguiente llega la enfermera para hacer los controles respectivos del recién nacido, le colocan vacunas y se hace la revisión también de la madre, ambas se encuentran en perfecto estado de salud.

Otro parto perdido, otro parto atendido por partera, y no es que la señora Flora Vargas prefería atenderse con partera, sino porque el servicio de salud no pudo atenderla a pesar de haber solicitado, pero se descubre que para atender el parto tiene que estar el médico y la enfermera, uno sin el otro no hace servicio, los protocolos de atención de parto así lo establecen, ¿Cómo podía estar pasando esto en pleno siglo XXI? si la constitución política del estado garantiza el acceso universal a la atención en salud, la política de salud familiar comunitaria e intercultural SAFCI señala eliminar la exclusión en el servicio de salud, aquí tiene sentido el adagio popular, “El papel aguanta todo”, pero las personas reales, las

⁴⁶ Flora Vargas Condori tiene 24 y esperaba su tercer hijo

madres aymara si no tienen atención de salud no es por su cultura, es porque simplemente el servicio de salud no está disponible para ellas, allá en Humanata no se sabe de derechos humanos, ni se sabe de la existencia del defensor del pueblo, ni el defensor del pueblo David Tezanos Pinto sabe de la existencia de las madres de Humanta, pero no es el único que no sabe de la madres de Humanata, también la ministra de salud Ariana Campero Nava, hasta el momento de la lectura de este texto no sabrá de que en Humanata que apenas el 8% de los partos son atendidos por servicio de salud, es más, con seguridad, la ministra de salud dejó su cargo sin saber que el servicio de salud no llega a las poblaciones indígenas.

Se suele decir, “La tercera es la vencida”, entonces se espera el tercer parto previsto en el mes de febrero del año 2017 en el centro de salud de Humanata, de acuerdo al reporte el parto debe producirse el día miércoles 22 de febrero, la señora Genoveba Flores⁴⁷ daría a luz a su segundo hijo, ya había asistido a sus controles y estaba ansiosa de recibir el servicio, el ajuar estaba listo, hasta la fecha no había usado ninguno, igualmente la señora Antonia tenía todo listo para cocinar la alimentación, ya había esperado en los dos partos anteriores, este tercer parto no tenía por qué fallar.

Pero el parto se adelanta dos días, se produce el lunes 20, la señora Genoveba llama a la enfermera, la respuesta no se hace esperar, la parturienta le pide mande una ambulancia - hace una hora estoy con dolores creo que ya voy a tener mi bebé- y solicita atención urgente, la enfermera apenada le indica que -el chofer no se encuentra, no está viniendo estos días- y promete buscar y en cuanto lo encuentre irán a recogerla, el chofer no se encontraba en su casa, dejó encargo en cuanto llegue que vaya urgente al centro de salud, pero éste nunca apareció (Cuando se le encontró al conductor, éste alegó que todavía no le habían renovado su contrato) y por tanto la ambulancia nunca llegó al domicilio de la parturienta para recogerla, como ocurre habitualmente, otro niño más nacido en domicilio y nadie se alarmó por ello, para la enfermera fue una llamada más, para el médico mejor,

⁴⁷ Genoveba Flores tiene 23 años y esperaba su segundo hijo.

así no hay trabajo, para el chofer fue un asunto sin importancia, estaba acostumbrado a esos reclamos, nadie se preocupó de que un niño más nació en domicilio, al alcalde de Humanata nadie le informó de lo sucedido.

Hasta el viejo adagio de que la “tercera es la vencida”, no se cumple en Humanata, la voz de las madres se confirmaba, hasta el más incrédulo debía rendirse ante la evidencia empírica, el servicio de salud en Huamanta no existe cuando las pacientes lo necesitan, pero la vida en el pueblo transcurre normal, no existe alarma, no parece preocuparle a nadie, a pesar de que los reportes de CAI de Humanata, que se remiten mensualmente, ni el servicio departamental de salud dependiente de la gobernación, ni el ministerio de salud muestran su preocupación, ya que desde tiempos inmemoriales los partos se realizaban en domicilio con la atención de parteras.

Los reportes de partos atendidos por el servicio de salud se realizan al SNIS desde que se asigna ítems de salud a Humanta y que se han mantenido invariables, el reporte del CAI no muestra variación en los indicadores para que las autoridades de salud muestren preocupación, pero por otro lado el personal de salud habían encontrado una excusa justo a su medida, compartida por las autoridades en salud incluso por organismos internacionales de cooperación en salud: “Las madres indígenas no acudían a los establecimientos de salud por su cultura, prefieren atenderse con médicos tradicionales”.

Entre tanto en la posta de salud de Pacolla el reporte es más contundente, los dos partos previstos para los meses de enero y febrero no se pudo atender, porque la ambulancia continua en mal estado por falta de reparación, en los caseríos de las poblaciones dispersas la única manera de trasladar a la parturienta es en ambulancia, no se puede hacer en cuadratrack, ni en moto y menos a pie, porque las distancias a recorrer son de 10 y hasta de 15 Km de camino de herradura. El gobierno municipal ha programado el mantenimiento y reparación de la ambulancia para el primer mes del año, pero aún para fines de enero no estaba reparada, Tampoco la moto fue reparada hasta esa fecha.

Según el enfermero Pablo, para atender el segundo parto se solicitó la ambulancia de Humanta, ya que ésta estaba en perfecto funcionamiento, pero el doctor no se encontraba para autorizar su uso en Pacolla y sin autorización no puede salir del garaje del centro de salud de Humanata, por lo que simplemente se hizo seguimiento del parto en domicilio y que felizmente la niña nació en perfecto estado de salud, el personal de salud revisó talla y peso, se realizó las vacunas correspondientes y la madre también se encontraba sin complicaciones.

En Pacolla, desde que se pone en funcionamiento la posta de salud, la mayoría de los partos se han producido en domicilio, bajo la atenta mirada del enfermero Pablo, cuando los familiares comunican del trabajo de parto, Pablo ya atendió muchos partos a domicilio ayudando o dirigiendo a las parteras, como Pablo es de la propia comunidad de Humanata tienen mucha confianza en él, la población conoce donde vive, conoce a su familia, tienen anotado el número de teléfono y por tanto le llaman cuando se presentan emergencias, no solo de partos, sino de cualquier emergencia de salud, él siempre está disponible y llega en un tiempo prudente, ya que tiene asignado una moto del gobierno municipal, lo cual le permite desplazarse hasta donde le solicitan, incluso en los días cuando no está de turno, porque no solo son sus pacientes, sino también son parientes y amistades.

Esta relación entre el enfermero Pablo y los pacientes de Pacolla y Humanata de seguridad y confianza, es la luz de la esperanza para mejorar las coberturas de salud en municipios rurales, tanto de población indígena como no indígena, porque si todo el personal de salud fuera del lugar, médicos y enfermeras, se resolverían tres problemas al mismo tiempo detectado en los meses de enero y febrero en los establecimientos de Humanata: 1. El médico siempre estaría en el pueblo y estaría disponible las 24 horas, como están disponibles las parteras para atender los partos, 2. Las madres tendrían la seguridad de ser atendidas en el establecimiento de salud y 3. Las madres tendrían total confianza porque son personas conocidas.

Pero por el momento tenemos esta dura realidad, a pesar del deseo, el compromiso y la voluntad del enfermero Pablo, no se pudo atender ningún parto en la posta de salud de Pacolla, la falta de ambulancia es la primera causa, sobre el personal médico, solo existe un médico SAFCI, que no conoce mucho sobre atención de parto, únicamente tiene posibilidad de brindar salud preventiva y atenciones primarias, pero por la experiencia de Pablo en atención de partos, no se ha visto como un impedimento para no atender un parto en la posta.

A principios del mes marzo, ante los fracasos consecutivos en la atención de parto, tanto en el centro de Salud de Humanata y la posta de salud de Pacolla y para que el plan tenga éxito como lo planificado existen dos alternativas: 1. Contratar dos médicos y dos enfermeras para la atención de partos, uno para el centro de salud de Humanata y otro para la posta de salud de Pacolla y 2. Solo observar para verificar la hipótesis de que no se atienden partos por falta de servicio de salud.

Se descarta la primera opción porque únicamente podría ser útil para efectos del plan, ya que una vez terminado el plan en diciembre de 2017, todo volvería a la misma situación inicial y no hubiera avanzado nada en la provisión del servicio de salud, como hacen las organizaciones no gubernamentales y porque la solución vendría de un factor externo al servicio y reemplazar un servicio como un simulacro lo cual no cambiaría la realidad, entonces no se estudiaría lo que pasa con el servicio en las comunidades rurales, sino lo que ha construido el plan y de lo que se trata es conocer, comprender y explicar por qué las madres de Humanata no son atendidas por el servicio de salud cuando se producen los partos, por eso se optó por la segunda alternativa.

Se establece un observatorio del funcionamiento de los dos establecimientos de salud del municipio de Humanata, que consiste en observar cada uno de los factores que constituyen y producen el servicio de salud, estos factores son: 1. Infraestructura, Equipamiento, insumos, medicamentos y personal que dependen del gobierno municipal, 2. El personal

de salud que depende del servicio departamental de salud, personal con ítem: médicos y enfermeras y 3. La relación entre todos los factores para producir el servicio de salud.

Aquí se pone de manifiesto otro problema que es la causa de la ineficacia del sistema de salud en Bolivia, la falta de unidad en la gestión de la salud, los tres niveles de gobierno tienen obligaciones para proveer el servicio de salud, los tres niveles de gobierno están en competencia para mostrarse hacia la población, que están preocupados por la salud de la población y realizan ferias de promoción de los programas de salud, aunque no produzcan ningún resultado de impacto a las madres y niños de los municipios rurales.

Los dos niveles de gobierno, municipal y gobernación son responsables de las actividades operativas de la atención en salud, en cambio el gobierno nacional está a cargo de la formulación de las políticas de salud y las normas para su implementación, en teoría tiene un denominativo llamativo, competencias concurrentes de los tres niveles de gobierno, pero en la práctica, allá en la posta, centro de salud y los hospitales de 2do, allá donde el servicio tiene que atender a los pacientes no hay concurrencia, pero en campañas de salud y ferias compiten los tres niveles de gobierno, que provoca duplicidad de acciones que terminan en la ineficiencia e ineficacia a la luz de los resultados en la cobertura y calidad del servicio y a la hora de dar cuenta de los resultados, nadie se hace responsable, cada nivel de gobierno deslinda de responsabilidades.

El gobierno central realiza campañas de atención en salud, cuando eso no es su competencia y contrata personal para programas nacionales que tampoco es su competencia, por su parte la gobernación no asigna personal allá donde hace falta y no hay un manejo eficiente de los recursos humanos, el sindicato de profesionales y los colegios de profesionales coadminstran el personal de salud velando los intereses de los trabajadores y no las necesidades de las pacientes y el gobierno municipal realiza las contrataciones de bienes y servicios para los establecimientos de salud en el marco de la SABS, pudiendo priorizar las contrataciones mediante el procedimiento del seguro integral de salud.

Cuando surgen los problemas en el servicio de salud, como muertes de pacientes, nadie se hace responsable, nadie da cuenta de los resultados, los unos echan la culpa a los otros, por eso surge la necesidad de establecer responsabilidades a cada nivel de gobierno y que el gobierno nacional responda de los resultados obtenidos en salud, es decir, de los resultados en las coberturas de atención en salud.

En ese sentido el observatorio de salud en Humanata se realizó mediante la vigilancia semanal para observar el comportamiento de cada uno de los factores que concurren en la producción del servicio de salud, esa observación es como una fotografía de cada mes de lo ocurre en el centro de salud, para el efecto se estableció visitas mensuales al centro de salud de Humanata y reportes semanales de la posta de salud de Pacolla, de las semanas cuando está programada los eventos de parto.

El enfermero Pablo de la posta de Pacolla, resignado comentaba:

No se puede hacer nada, la ambulancia es muy importante para recoger a las pacientes, con moto no se puede, una vez recogí con cuadra casi la hago caer a una señora, si no hay ambulancia no habrá parto en la posta.

Aquí nadie se preocupa de las personas que mueren, hace dos años una señora en Tirajawa murió por parto, el parto había empezado a las nueve de la mañana, la señora estaba solita, sus papás habían ido a la feria, cuando habían vuelto en la tarde la encontraron muerta, nos enteramos al día siguiente, ya nada se podía hacer, la reporté al centro de salud de Humanata y no se supo más nada, en cambio en Perú es muy diferente, aquí cerca al otro lado del cerro se encuentra el centro de salud de Tagachi el año pasado había muerto un niño y dice que vinieron muchas autoridades de salud, incluso dicen que llegó el ministro de salud, se hizo una noticia nacional y se declaró emergencia en esa región, pero aquí nadie se preocupa cuando muere un bebé o una madre.

Cuando ha pasado dos meses desde el arranque del plan, a pesar de la ampliación de los servicios, el equipamiento de las salas de parto e internación, de los servicios de alimentación y ajuar para los bebés, la campaña en las comunidades y las autoridades originarias, simplemente no se atendió ni un solo parto por falta de servicio de salud, la ausencia del médico, la enfermera y la ambulancia. Las madres de Humanata en el mes de enero de 2017 tuvieron sus partos en sus domicilios atendidos por familiares y parteras, así se confirma los indicadores del INE, cero partos en establecimientos de salud en Humanata, a pesar de que las madres también esperaban ser atendidas y beneficiarse con el bono Juana Azurduy, ellas como nosotros estábamos desilusionados por los resultados, pero ahí estaba los resultados ante nuestros ojos.

La realidad no se puede cambiar con algo de buena voluntad, tampoco con una intervención externa, hay algo estructural que impide que las mujeres aymara, que viven en las comunidades de Humanata, ejerzan su derecho a la atención de la salud, no solo hoy, sino desde siempre, es decir el 92% de las madres no conocen el servicio de salud, aunque se ha comprobado la hipótesis de la presente investigación, las barreras que separan a las madres de Humanata de los establecimientos de salud no se deben a los factores culturales de las madres aymara, en rigor no existe ninguna barrera, simplemente que en los municipios rurales el servicio de salud no existe cuando las madres requieren atención médica, son exclusiones construidas por siglos, la creencia de los teóricos de la salud intercultural en Bolivia se ha desmitificado y saltan muchas preguntas: ¿Habrà una solución a este problema? ¿Hay alguna autoridad responsable? ¿Mientras no haya una política de salud que consista en proveer servicio de salud de calidad a las poblaciones aymara y qhichwa que vive en municipios rurales continuará la privación de atención en salud?

V.3. La verdad sobre el servicio de salud en los municipios rurales

La revelación de las madres en las encuestas y la constatación de los cinco primeros partos del municipio hacen que se cambie de rumbo de la investigación, ¿Cómo trabajar en la

calidad sobre algo que no existe?, por tanto, la investigación se orienta a indagar: ¿Qué significa la inexistencia del servicio de salud en el municipio de Humanta? y ¿Cuáles son los factores que determinan la ausencia del servicio?

No hay duda de que existe la edificación, ambulancias y personal de salud, la pregunta que se formula es: ¿La existencia de la infraestructura y personal es prueba de que existe el servicio de salud? ¿Sobre todo para la atención de parto? La atención de parto requiere de un servicio permanente y especializado, ya que el parto no se puede programar, puede darse a cualquier hora y lugar, ésta es la diferencia con los controles prenatales y posnatal, así como las dosis de las vacunas, por eso, la mayoría de las madres realizan sus controles y también todos los niños han recibido las dosis de vacuna, ya que estas atenciones se pueden programar.

Para indagar, comprender y explicar, ¿Por qué las madres de Humanata estaban tan seguras de que no existe el servicio de salud, cuando todos pueden verificar que el centro de salud estaba en pleno funcionamiento? Se recurrirá a dos tipos de información: 1. Se recabará información oficial proporcionada por el ministerio de salud, y la gobernación y el gobierno municipal, que nos proporcionarán datos verdaderos sobre el personal que trabaja en los establecimientos de salud y la infraestructura existente, el equipamiento, los medicamentos e insumos existentes y 2. Se observará directamente lo que acontece en los establecimientos de salud del municipio, establecer una especie de observatorio del funcionamiento del centro de salud, lo que refleja la realidad del servicio de salud, ambas informaciones permitirán contrastar la verdad y la realidad de la atención en salud en el municipio de Humanata.

La información oficial proporcionada por los organismos del estado se considerará como datos que reflejan la verdad y la información proporcionada por las madres, el personal de salud y los conseguidos mediante la observación directa se considerarán como datos reales, en consecuencia, a continuación, se revisará la verdad y la realidad de lo que pasa con el servicio de salud en el municipio de Humanata.

V.3.1. Servicio de salud desde la perspectiva oficial

Para que la información sea la más verídica posible se recurrió a la revisión de una petición de informe escrito de la cámara de diputados,⁴⁸ a los tres niveles de gobierno, debido a que el servicio de salud en Bolivia depende de los tres niveles, cada uno en el marco de sus competencias y probablemente el déficit en el servicio de salud se debe a la desagregación de responsabilidades, las políticas a cargo del gobierno nacional, el personal a cargo de las gobernaciones y la infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos a cargo de los gobiernos municipales, pero la responsabilidad en el centro de salud y en los hospitales, a la hora de prestar servicio a una paciente y en este caso de una parturienta, se diluye, porque nadie rinde cuentas de la mala calidad y/o de la inexistencia del servicio en los municipios estudiados y en todos los municipios rurales.

V.3.1.1. El centro de salud según el gobierno municipal

Infraestructura: De acuerdo al informe del gobierno municipal de Humanata⁴⁹ en el municipio existe dos establecimientos de salud: El centro de salud de Hunamata y el Puesto de Salud Pacolla.

Equipamiento: De acuerdo a la misma fuente los establecimientos de salud de Humanata y Pacolla cuentan con cuatro ambulancias, dos cuadratracks, tres motocicletas y un equipo de telemedicina.

V.3.1.2. Personal asignado de acuerdo al SEDES

Según informe del Servicio Departamental de Salud La Paz, el municipio de Humanata que pertenece a la red de salud rural Nro. 3 tiene seis servidores públicos con las siguientes especialidades. (SEDES, 2018)

CUADRO V.1.

PERSONAL DE SALUD DE HUMANATA

NUMERO DE ITEM	ESTABLECIMIENTO	CARGO
----------------	-----------------	-------

⁴⁸ Petición de Informe Escrito PIE COTEYA N° 51/2018-2019 de la cámara de diputados.

⁴⁹ Informe del alcalde Humanata CITE: G.A.M.H./A.CH.C./N° 065/2018

3233	C.S. Humanata	Aux. de enfermería
10063	C.S. Humanata	Médico general
10140	C.S. Humanata	Lic. en enfermería
80207	C.S. Humanata	Aux. de enfermería
82015	C.S. Humanata	Odontólogo
20180	C.S. Pacolla	Aux. de enfermería

Fuente: INFORME CITE: GADLP/SEDESLP/DIRECCIÓN/NEX-103/2018

De acuerdo al centro de salud de Humanata en el municipio hay una población de 5.312 habitantes, por tanto, hay una relación de un médico por 5.312 pacientes, y habría un odontólogo por 5.312 pacientes y en caso de la posta de salud solo está asignado un auxiliar de enfermería.

El centro de salud de Humanata solo cuenta con un médico general, no existe un especialista médico obstetra, por tanto el servicio de salud en el municipio no tiene capacidad resolutive, en consecuencia no atiende partos de riesgo, pero precisamente son los partos con complicación los que son derivados por las parteras o llevadas por los familiares al establecimiento de salud, pero como el centro no tiene capacidad resolutive, las pacientes son trasladadas al hospital de segundo nivel de Escoma. Por lo descrito se tiene como resultado la ausencia de un servicio de salud para atender a las parturientas, tal vez así se explica la percepción de la señora Sabina Chura⁵⁰, que decía que el médico solo quería derivarla al hospital de Escoma, como si no quisiera atenderla, ya que el médico general no cuenta con las competencias para resolver todos los partos complicados, en especial aquellas de alto riesgo y por temor a las complicaciones prefiere referir al hospital más próximo.

Cuando la referencia se anuncia en la etapa de control prenatal, las madres suelen desanimarse y optan por no reportar el parto e incluso abandonar el control prenatal y tener parto en domicilio, pero cuando la referencia se realiza en el momento del parto, cuando se demora el parto, se realiza cumpliendo el protocolo de atención, en este caso,

⁵⁰Citada en la página 103

la madre no tiene opción a elección y la parturienta es trasladada en ambulancia al hospital de Escoma.

La razón porque las madres no aceptan la referencia en el periodo de control prenatal es porque, por un lado, el traslado al hospital de Escoma, Achacachi o El Alto es costoso, para empezar pagan el costo del traslado, porque tiene que buscar donde alojarse y tiene que trasladarse con alguien de la familia o con toda la familia y por otro, porque en similares circunstancias los partos han sido normales en sus domicilios, lo cual pone en duda el conocimiento de los médicos que prestan sus servicios en Humanata.

A la falta de un especialista en atención de partos, se suma el horario reducido de trabajo del médico general que como en el resto del país es de 6 horas diarias, pero a su vez de acuerdo al cronograma de actividades, solo atiende algunos días, por ejemplo, en el mes de enero de 2017 solo se programó 20 días de atención en el centro de salud⁵¹, en consecuencia el resto del tiempo del mes el establecimiento de salud se queda sin médico, lo que significa que en el centro de salud no hay servicio.

La posta de salud de Pacolla cuenta únicamente con un auxiliar de enfermería y en consecuencia no tiene posibilidades de proveer servicio de salud, directamente no se realiza atención de parto y se limita a realizar control prenatal, vacunación a los recién nacidos y niños, curaciones menores y el registro y dotación del suplemento CARMELO a adultos mayores, aunque según el enfermero Pablo atendido algunos partos:

Ambos establecimientos realizan campañas de salud organizadas por SEDES y el ministerio de salud que organizan ferias por turno con los otros establecimientos de la red de salud, estas ferias y campañas cuentan con la participación activa de los estudiantes del último curso de la universidad que realizan sus prácticas, aunque estas actividades no tienen ningún resultado verificable en la salud de la población, sin embargo se continúan realizando periódicamente, si una actividad en salud no produce ningún resultado y no

⁵¹Cronograma de actividades del centro de salud de Humanata correspondiente al mes de marzo 2018.

tiene ningún impacto en la población debería abandonarse y priorizar la atención de los que demandan cuidado de la salud.

V.3.1.3. La salud según el ministerio de salud

Según el informe del Ministerio de Salud y Deportes,⁵² en el municipio de Humanata se aplican tres programas nacionales y está asignado el siguiente personal: 1. Programa Bono Juana Azurduy con un médico, 2. Programa Mi Salud con un médico y 3. Proyecto Telesalud con un médico, en total el gobierno nacional tiene asignado tres médicos.

El gobierno nacional crea programas y los implementa directamente, dotando personal, equipamiento, incluso medicamentos e insumos, las que no se miden sus impactos, es decir, se formula e implementa sin un diagnóstico previo y en consecuencia tampoco se visibiliza sus impactos en la salud de las personas, como en la mejora de la calidad del servicio de salud.

La principal función del gobierno central es la formulación de políticas de salud, las que a su vez deben ser medidas anualmente mediante los resultados alcanzados en las coberturas de atención en salud, en función a los cuales realizar ajustes, la atención médica es responsabilidad de los establecimientos de salud, de acuerdo a la ley de marco de autonomías y descentralización,⁵³ sin embargo el nivel central de gobierno, formula políticas y programas, los implementa al margen de lo que habitualmente realizan los SEDES y los gobiernos municipales.

V.4. Conclusiones

La información proporcionada por el gobierno municipal de Humanata⁵⁴ confirma que existen las mínimas condiciones de infraestructura y equipamiento, un centro de salud y una posta y cuatro ambulancias, que, con algunas mejoras y adecuación en la

⁵²Informe del Ministerio de Salud, MS/DGAA/URRHH/NI/1626/2018.

⁵³El Art. 81 de la ley N° 031, establece las competencias de los diferentes niveles de gobierno.

⁵⁴Informe del alcalde Humanata CITE: G.A.M.H./A.CH.C./N° 065/2018

infraestructura, mantenimiento del equipamiento, se encuentra en condiciones de brindar un servicio adecuado.

La información proporcionada por la gobernación del departamento de La Paz establece que el personal asignado cubre la atención primaria en salud en un solo turno, 6 funcionarios para una atención primaria de salud y ausencia completa de médicos especialistas, considerando que el personal de salud en Bolivia tiene una jornada laboral de 6 horas habría un déficit del 75%, por su parte el gobierno nacional ha asignado tres médicos para atender los programas nacionales: Bono Juana Azurduy, Mi Salud y Telesalud y finalmente el gobierno municipal tiene asignado cuatro funcionarios, haciendo un total de 13 funcionarios, que haciendo un uso eficiente de los recursos podrían atender las 24 horas, pero se atiende únicamente en un solo turno.

Respecto a la dotación del personal que es responsabilidad del gobierno departamental, se requiere mayor asignación de recursos humanos, en el caso del centro de salud de Humanata se requiere un médico obstetra y dos médicos generales y dos licenciadas en enfermería para garantizar atención de 24 horas, lo que significa un incremento de personal del 200%, este requerimiento en las condiciones actuales, de escasos recursos disponibles, harían difícil llenar esas afecciones.

Los programas del gobierno nacional: Mi Salud, Bono Juana Azurduy y Telesalud que funcionan de manera independiente y que no han contribuido a mejorar las coberturas de atención de parto, debieran suspenderse debido a que la función del gobierno nacional es normativa y no la de proveer servicios, con ese personal se podría fortalecer las redes de salud y reducir el déficit existente y asignar mayor presupuesto para garantizar mínimamente un establecimiento de salud con atención de 24 horas por municipio.

V.5. La realidad del centro de salud visto desde el observatorio del servicio de salud

Para realizar un observatorio o vigilancia del servicio de salud se debe superar algunos obstáculos, ¿cómo observar al personal de salud y a los pacientes con la indiferencia de una máquina?, no interferir en las labores del personal de salud, aunque estos sean

totalmente irracionales, incurran en ineficiencia e insensibilidad ante el dolor de las personas que visitan el centro de salud y por otro lado, ver a pacientes sufriendo de dolor y no exigir atención inmediata al médico o enfermera, limitarse únicamente a observar tal como ocurren las cosas, lo que no es una labor fácil, es necesario despojarse de los sentimientos y convertirse en insensible, ya que una intervención cambiaría la realidad del servicio de salud, por eso, se recogen los datos tal como son, para explicar por qué las madres tienen la certeza de que el médico y la ambulancia nunca llegarán a recogerla a su domicilio cuando comienza el trabajo de parto y que terminan, casi siempre, siendo atendidas por parteras.

V.5.1. Los hallazgos del observatorio y vigilancia

Desde la mirada del observador parece que todos los factores que hacen del servicio de salud pública conspiraran contra las madres de Humanata para que no reciban atención médica en el momento de parto, esta especie de conspiración será descrita a continuación.

Infraestructura.

En diciembre 2016 el centro de salud de Humanata se encuentra en una buena condición, recientemente había sido refaccionado, el único problema es la falta de agua, que en un centro de salud es grave, pero en realidad toda la comunidad enfrenta la escasez de agua, se ha habilitado la sala de parto e internación con el nombre de “Suma Jakaña” al interior se ha instalado la cama hospitalaria listo para estrenar y una cama para acompañante, la calefacción funciona perfectamente a través de una estufa eléctrica, al lado de la puerta se encuentra el estante donde se expone los ajuares de ambos sexos esperando la llegada de primer parto.

Pero en enero de 2017, el gobierno municipal inicia la ampliación del centro de salud, el emplazamiento se realiza donde se encontraba el pozo séptico, con las excavaciones para los cimientos se demuele el mismo y se deja sin servicio sanitario al establecimiento de salud, lo que obligaba a que el personal y los pacientes busquen servicio sanitario fuera del centro de salud, por otro lado, siendo que la ampliación se realiza contiguo a la

infraestructura existente, provoca contaminación con el polvo y el ruido, pero a pesar de la construcción de la ampliación del centro, la infraestructura durante la gestión 2017 se encuentra en aceptables condiciones donde se pueden atender los partos con algunas restricciones.

En Pacolla el año 2016 había sido inaugurada una nueva infraestructura con características del centro de salud, dejando atrás los ambientes de la posta sanitaria, la misma se encuentra en la esquina de la plaza principal, a donde llega y de donde se parte a la ciudad de La Paz, por tanto, toda la población conoce y es de fácil acceso. La implementación del plan era una oportunidad de poner en funcionamiento la nueva infraestructura, en la que se ha instalado la sala de parto e internación igual con el nombre de “Suma Jakaña”.

Equipamiento

El centro de salud Humanata cuenta con 4 ambulancias, dos odontológicas que se usan en campañas de atención, las que se realiza de comunidad en comunidad y en las ferias semanales que se realiza en la plaza principal del pueblo y en el centro de salud se atiende de manera regular de acuerdo al cronograma.

De las dos ambulancias para traslado de pacientes, una está destinado a Humanata la que funciona en condiciones regulares y tiene asignado un conductor a contrato, las dificultades para un servicio normal es la asignación irregular de combustible y la falta de mantenimiento periódico y como consecuencia de esa situación generalmente cuando hay solicitud de atención se informa que no hay combustible, sin embargo nadie verifica si efectivamente no existe el combustible se acepta la versión del chofer, en cualquier caso es la paciente la que paga el costo del combustible, el conductor trabaja en horario diurno por lo que generalmente en la noches no está disponible, en caso de emergencia se va a buscar a su domicilio. La ambulancia se usa para recoger pacientes que solicitan atención de emergencia y cuando son derivadas a un hospital de segundo nivel son trasladadas hasta Escoma u otro hospital donde aceptan atender a la paciente, en la mayoría de los casos es la paciente quien termina pagando el costo del traslado en ambulancia.

La ambulancia destinada a la posta de Pacolla en diciembre de 2016 se encontraba varada por falta de mantenimiento y de acuerdo a la información del gobierno municipal el mantenimiento se realizaría en el mes de enero de 2017, el mantenimiento ha demorado hasta mes de abril, una vez incorporada al servicio no contaba con chofer lo cual impedía el uso óptimo en el servicio de salud, aunque en términos mecánicos estaba en perfecto estado de funcionamiento, pero el enfermero Pablo maneja cuando hay emergencia y cuando se programan visitas a las comunidades para realizar campañas de salud, capacitaciones y cuando hay reuniones que se aprovechan para realizar revisiones médicas.

Para enero de 2017 de las dos cuadratracks, la que está destinada al centro de salud de Humanata se encuentra en condiciones regulares de funcionamiento y la que corresponde a la posta de Pacolla requería un mantenimiento completo y estaba varado desde principios de mes de enero, el mantenimiento se realizó hasta el mes de abril, estos vehículos son adecuados para los caminos de vecinales de Humanata ya que la mayoría son de herradura y además pueden transportar dos personas, equipajes portadoras de vacunas y material para campañas y medicamentos.

Las motos se encuentran en funcionamiento regular ya que se encuentran deterioradas, tienen roturas de partes y le falta algunos tornillos, le falta limpieza y aceite, estos motorizados son ideales para visitas de control y comunicación del personal médico y sobre todo para transporte del personal de salud, en el caso de pacolla es transporte obligado para la asistencia del personal a la posta de Pacolla, cuando deja de funcionar no hay forma de que el personal se traslade al centro de salud y en consecuencia el servicio de salud deja de existir completamente.

En Humanata no existe un taller mantenimiento municipal, ni particular, por lo que el mantenimiento de todo motorizado debe realizarse en los talleres de la ciudad de El Alto, para lo cual es necesario el traslado hasta los talleres contratados por el gobierno municipal en esa ciudad, el traslado lo debe realizar en volquetas o camioneta, así se explica la demora en la reparación de los vehículos, porque el proceso de contratación y luego el

proceso de pago es demoroso por la distancia entre la entidad contratante y la empresa proveedora del servicio.

Medicamentos

La provisión de medicamentos e insumos médicos está a cargo del gobierno municipal mediante la farmacia municipal, la cual funciona en horario de trabajo, sin embargo, cuando hay una emergencia que requiere de insumos y medicamentos fuera de ese horario, se puede disponer de los mismos debido a que la encargada vive a un par de cuadras y en ocasiones se deja la llave de la farmacia en enfermería, por lo que se puede considerar que la provisión de medicamentos e insumos en los establecimientos de salud de Humanata es aceptable, no se ha escuchado quejas por falta de medicamentos.

V.5.2. La atención del personal de salud

Medico: La presencia del médico general designado al centro de salud de Humanata es variado, de acuerdo al cronograma de atención del médico atiende 21 días de manera formal, según cronograma del mes de enero 2017⁵⁵, pero en la realidad la programación no se cumple, porque realiza gestiones administrativas como compra de medicamentos, participación en ferias e informes sobre salud representado al municipio e incluso se ausentan para cobrar sueldo, el cronograma de cada uno de los funcionarios se publica mensualmente en el panel informativo del centro, tanto del personal que depende del SEDES, como del ministerio de salud y del gobierno municipal, por tanto de acuerdo a lo programado el médico asiste el 56% de días, si se considera que la atención del personal de salud es de seis horas diarias, las horas de atención se reduce al 16,5% del total de horas que se requiere atender en un servicio de 24 horas, pero además, casi siempre se presentan reuniones de coordinación, talleres de capacitación que son convocadas por el ministerio y el SEDES sin una programación, huelgas del personal salud, sobre todo el año 2017 se

⁵⁵ Programación de atención del médico Dr. Félix Fernando Inta Espejo, mes de enero de 2017.

realiza una huelga de casi dos meses contra la ley del código penal, todo lo cual afecta a la provisión de servicio de salud.

En el mismo mes la licenciada en enfermería atiende 21 días, la misma cantidad de días que el médico, el personal de mayor jerarquía atiende menos días y el personal de menos jerarquía atiende más tiempo, debido a que el personal de menor rango no es delegado para eventos fuera de la jurisdicción, sin embargo esta ganancia en días de trabajo de la enfermera no mejora en más tiempo de atención de partos ya que sin médico no hay atención, a lo que hay que sumar la ausencia de enfermera por programación, incluso cuando está presente el médico, pero si no se encuentra la enfermera no hay servicio de parto, por protocolo de atención, el médico no atiende partos sin asistencia de la enfermera y por otro lado la enfermera no puede atender parto si no está el médico, la ausencia de cualquier de los dos es motivo de no atención o inexistencia del servicio de salud.

El chofer, la encargada de la farmacia, la enfermera y el médico tienen que estar presentes para atender un parto, la ausencia de alguno de ellos pone en riesgo la existencia del servicio de salud en Humanata.

En el periodo de observación no se ha encontrado ni una sola madre que manifestara su resistencia o desacuerdo para asistir al centro de salud para atender su parto, más al contrario, en todo momento, han estado buscando que el servicio de salud les atienda, motivado por el cobro del Bono Juana Azurduy, incluso en las condiciones en que se encuentra el servicio.

Para las beneficiarias el concepto de calidad del servicio está asociado a los siguientes factores:

El concepto de calidad del servicio de salud, ha sido formulado por la señora Marta Quispe⁵⁶ de la comunidad de Humanata:

⁵⁶ Las conclusiones son extraídas de la entrevista citada en la Pág. 104

- Temperatura adecuada en la sala de parto.
- Presencia permanente del personal de salud.
- La calidad de atención del personal.
- El servicio de alimentación.

La frase, de que en el maternológico de la Caja Nacional de Salud “El médico de la caja ya sabe lo que necesitamos” se puede considerar como un indicador de calidad de atención y un indicador de la capacidad resolutoria, si sabe lo que hace, por tanto, genera confianza. La frase “las salas son calentitos” se hace referencia a otro indicador de calidad temperatura a satisfacción del cliente, en consecuencia, exige la misma calidad del servicio en el centro de salud de Humanata para la atención de la población del municipio, así asegurar de que todas las madres acudan al establecimiento de salud para atender su parto.

El otro concepto de calidad de atención en salud fue dado por la señora Mercedes Bustillos⁵⁷ de San Pedro de Curva, en respuesta a la pregunta, ¿Por qué no vas si además vives a una cuadra del hospital?, ella responde: “Si vas al hospital, al día siguiente del parto te despacha y tienes que salir con tu pie, ahí nos hacemos dar sobreparto, en cambio en la casa, nosotras nos cuidamos en la cama sin hacer nada solo cuidar a la wawa”, La importancia del cuidado después del parto es parte de la calidad del servicio de salud, esperada por los usuarias.

V.6. Conclusiones

A la luz de las pruebas recolectadas con base a los testimonios de las madres de las comunidades de Humanata, los informes oficiales de los tres niveles de gobierno municipal, departamental y nacional, el seguimiento realizado durante un año al centro de salud de la capital del municipio y la posta de salud de Pacolla, se concluye que la causa

⁵⁷El testimonio de Mercedes Bustillos del municipio de Curva.

por la que las madres aymaras y qhichwas, en su mayoría, no atienden su parto en un establecimiento de salud es por la inexistencia del servicio en el momento del parto.

La inexistencia de un servicio salud significa que cuando la parturienta solicita atención médica, el establecimiento de salud no se la proporciona, las diferentes causas para no concretar la atención fueron revisadas suficientemente en las páginas anteriores, resultado del cual las madres se atienden en sus domicilios.

De acuerdo a los testimonios muchas madres han solicitado la atención del servicio de salud, pero al no recibir respuesta, se atendieron con los familiares, el esposo, la madre, suegra y/o partera, las comunidades aymara y qhichwa siempre tienen un plan “B” y si el médico o la ambulancia no llega, alguien de la familia o de la comunidad está listo para atender el parto.

Haciendo seguimiento de algunos eventos de parto, se ha encontrado una especie de conspiración contra la madre parturienta del municipio de Humanata, en la mayoría de los casos siempre falla algo para concretar la atención, la ausencia del médico, mal estado de la ambulancia, ausencia del chofer, falta de gasolina en el momento de ir a recoger a la parturienta y como el parto no espera simplemente se realiza al margen del servicio de salud.

La atención de parto institucional es un medidor de la calidad del servicio público de salud, es como supervisión de sorpresa, una auditoría no programada, porque encuentra al servicio tal como es, tal como funciona el día a día o noche a noche, porque el parto requiere atención en el momento menos esperado, aunque en el centro de salud esta fichado los posibles días de parto, casi ninguno se cumple lo programado se adelantan o se retrasan. Pero como en el centro rara vez se atiende un parto, el personal de salud no prevé lo que se requiere, para recoger, internar y atender el parto y cuando recibe el llamado de la parturienta generalmente falla algunos de los factores y por el otro lado muchas veces las parturientas ya no llaman al centro de salud porque están seguras que el médico y la ambulancia nunca llegará.

No pasa lo mismo con los controles prenatal y postnatal, control de peso y talla de los niños, el suministro de las vacunas a los niños, ya que estos servicios se realizan los días de feria que son los días jueves, ese día está todo el personal de salud, todos los funcionarios municipales, ese día la gente se traslada de las comunidades para hacer compras, vender sus productos o realizar trueque de sus productos con productos que llegan de La Paz y aprovechan de hacerse atender su salud y los adultos mayores recogen su complemento nutricional Caramelo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y VALIDACIÓN DE LA HIPOTESIS

VI.1. Conclusiones

1. Las políticas de aseguramiento de la salud aplicadas en Bolivia desde los años 90s del siglo pasado, no se han formulado a partir de diagnósticos precisos de cada uno de los factores que producen el servicio de salud y que inciden negativamente en el acceso al servicio de salud de la población indígena que reside en áreas rurales, ni se han identificado las causas que provocan las bajas coberturas de atención en salud, mediante investigaciones científicas, tampoco se han identificado de primera fuente las causas que impiden la atención en salud a las poblaciones indígenas, resultado del cual, según el INE en base al censo de población y vivienda de 2012, se registra el 40% de cobertura de parto institucional en municipios rurales, de los cuales en 29 municipios tienen coberturas inferiores a cotas del año 1982, menos del 18,9%, entre las que se encuentran los municipios estudiados y donde precisamente, en uno de ellos se inicia la aplicación de la política de salud intercultural.
2. Los programas de salud intercultural, comunitaria y familiar aplicadas por organizaciones no gubernamentales financiadas por organismos de cooperación internacional y la política de salud familiar comunitaria intercultural SAFCI aplicadas por el gobierno de Bolivia son producto de los siguientes factores: 1. Tendencias de investigaciones de la antropología y la antropología médica en América latina y Bolivia, 2. Réplica de políticas en otros países de la región, especialmente de Ecuador, 3. Demandas de movimientos indígenas de reivindicación y de respeto a derechos y prácticas del cuidado de salud de los pueblos indígenas y 4. El ascenso de Evo Morales al Poder que ha derivado en la aplicación de políticas denominadas plurinacionales.
3. Los estudios descriptivos de los antropólogos españoles, entre ellos Xavier Albó, Gerardo Fernández y sus discípulos, han influido en la implementación de

programas de salud que tenían el propósito de revalorizar, rescatar e incorporar a los servicios de salud pública, los conocimientos en el cuidado de la salud y prácticas de curación de los pueblos aymara y qhichwa, practicadas por los kallawayas, yatiris y parteras. Como señala Gerardo Fernández: “Durante los años 2001-2003 un grupo de antropólogos de la Universidad Castilla- La Mancha, realizamos una investigación en Bolivia ..., pretendíamos incidir en la necesidad de afrontar de una forma decidida y aplicada un enfoque intercultural a la salud y la enfermedad en contextos indígenas de Bolivia...” (Fernández (Coordinador), 2006, pág. 11) . Como resultado del objetivo de influir en la aplicación de políticas con enfoque intercultural, más el interés político del Gobierno de Evo Morales, se adopta como política de Estado la salud intercultural denominada Salud Familiar Comunitaria e Intercultural SAFCI, con los resultados mostrados en el capítulo III, que evidencia la ineficacia de esas políticas, aunque los objetivos de la antropología médica se cumplieron con mucho éxito.

4. El supuesto de que las mujeres indígenas, por su cultura, preferían atender su parto con partera, sobre la que se realiza una construcción teórica llamada barrera cultural, hasta que se ha convertido en la única verdad, la verdad institucionalizada y en consecuencia ha cerrado toda investigación para indagar otros factores que influían en el acceso de la población en los servicios de salud y cuando aparecen investigaciones que ponían en duda “esa verdad”, éstas fueron vistas con sospecha y por tanto fueron ignoradas, como es el caso de investigaciones de Susana Ramirez. Pero esta certeza ha impulsado a que los diseñadores de las políticas de salud se enfoquen en diseñar la política de salud intercultural, en su socialización y posteriormente en su implementación mediante reglamentación del sistema de salud, del modelo de atención y los protocolos de atención, denominados protocolos de atención de parto con pertinencia intercultural.
5. Mientras las autoridades nacionales, departamentales y municipales responsables de los servicios de salud, especialistas, personal de salud, los organismos especializados de las Naciones Unidas e incluso las universidades se dedicaban en la aplicación de

las políticas de salud intercultural, se ha descuidado por completo la mejora de la calidad de los servicios de salud, todos estaban y están ocupados en la adecuación intercultural de la infraestructura, las salas de parto culturalmente adecuado, la relación de los médicos y los “médicos tradicionales”, entre tanto en los establecimientos de salud se registra: Falta de medicamentos, falta de ítems de personal, falta de equipamiento, factores que provocan que los centros de salud no mejoren la calidad del servicio, que únicamente haya atención por horas, lo cual continua con la exclusión de pacientes de la atención en salud, que incide directamente en las coberturas de atención en salud.

6. Las políticas de seguro de salud materno-infantil que se aplicaron en Bolivia, como el seguro básico de salud (SBS), seguro universal materno infantil (SUMI) y seguro de salud para el adulto mayor (SSPAM) tienen como finalidad hacer efectivos los derechos fundamentales de acceso a la salud de las madres, niños y adultos mayores, así como los programas de Bono Juana Azurduy y subsidio prenatal universal tienen como objetivo, “Incrementar la demanda de servicios integrales de salud de mujeres embarazadas y niños menores de dos años en el marco del Sistema de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) a través de un incentivo a la responsabilidad compartida del cuidado de la salud” (MIN-SALUD, 2009).
7. Las finalidades de las políticas de salud y los objetivos de los programas no se pueden cumplir, porque el servicio de salud público es deficiente en las ciudades capital, es parcial en ciudades intermedias y es casi inexistente en municipios rurales y en consecuencia, mientras no se mejore la calidad de los servicios de salud públicos en Bolivia, no se mejorará las coberturas de atención en salud y tampoco se harán efectivas los derechos de acceso a la salud, como se ha demostrado en la presente investigación.

VI.2. Comprobación de la hipótesis

Los datos de la encuesta y testimonios recogidos en el trabajo de campo permitieron comprobar la hipótesis de la presente investigación y constituyen las pruebas de las causas

o factores por las que el sistema de salud público boliviano no logra atender el parto de las madres aymara y qhichwa que viven en municipios rurales, a continuación, se resumen los hallazgos de la investigación:

1. Los resultados de la encuesta en los cuatro municipios de la muestra confirman la baja cobertura de parto institucional en los municipios rurales de población aymara y qhichwa:

CUADO VI.1.

COMPARACIÓN DE COBERTURA DE PARTO INSITTUCIONAL

MUNICIPIO	CNPV 2012	RESULTADO DE LA ENCUESTA
Humanata	8%	16%
Curva	8,4%	3%
Ancoraimes	13%	29%
Tapacarí	13,50%	10%

Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta y datos del CNPV 2012

2. El promedio de parto institucional de los 4 municipios, según CNPV 2012 es de 14,5% y según la encuesta alcanza del 10%, lo que confirma la baja cobertura de parto institucional en municipios rurales con población originaria.
3. De acuerdo a las encuestas en los municipios estudiados, en promedio el 55,25% de las madres aymara y qhichwa no reciben atención médica en el momento de parto por factores atribuibles a la mala calidad del servicio de salud y/o ausencia del mismo en los municipios rurales.
4. Como consecuencia de la mala calidad del servicio de salud o inexistencia del mismo en los municipios rurales con población originaria, las madres no tienen otra alternativa que atenderse con familiares y parteras en sus propios domicilios, contrariamente a la que sostiene la tesis de la antropología de la salud, en los municipios encuestados en promedio el 37,75% de las madres sostienen que no acuden al centro de salud porque consideran que los partos normales o naturales no requieren atención médica.

5. El 6% en promedio de las madres encuestadas en los cuatro municipios atribuyen a factores como que tenía una familiar partera, por costumbre y directamente no quiere atenderse.
6. Las madres en las poblaciones rurales buscan y esperan atención médica en el momento del parto, para beneficiarse con el Bono Juana Azurduy, en consecuencia, no existe la barrera cultural que sostiene la antropología.
7. Cuando las madres dicen, “El médico o la enfermera no está”, no quiere decir que no hay un médico asignado al centro de salud, de hecho en Humanata de acuerdo al informe de SEDES, (SEDES, 2018) hay un médico, un odontólogo, una licenciada en enfermería y dos auxiliares, se refiere a que en el momento del parto no está disponible, no se encuentra físicamente en el establecimiento de salud, aunque de acuerdo a la programación debía estar, está de viaje para asistir a un taller convocado por el ministerio de salud, ha ido a cobrar sueldo, está en reunión de CAI, está en un curso de capacitación o está en su día libre, al parecer hay muchas razones para que el personal no esté en el consultorio o estando físicamente, se hace negar por el horario que no es de trabajo, o no contesta el teléfono.
8. Otro factor que incide en la ausencia del médico del servicio de salud es el permanente cambio del personal médico, en la gestión 2017 hubo dos médicos, lo que significa que el primero ha estado haciendo gestiones para realizar su cambio, lo que hace que su mente esté ocupado en cómo abandonar Humanata y dónde trasladarse, que pensar en las pacientes embarazadas, además la presencia del reemplazante no se da al día siguiente después del abandono del primero, el reemplazante se presenta después de un par semanas, el nuevo médico también ha estado buscando cómo cambiarse a otro establecimiento de salud cerca de la capital, lo que implica que las pacientes embarazadas no es prioridad del personal de salud.
9. A los hechos descritos se suma la prolongada huelga de médicos en la gestión 2017 (EL DIARIO, 2017) que se ha traducido en la ausencia del médico por el lapso de

dos meses, periodo en el cual los partos se realizan, como de costumbre, en domicilios asistidos por parteras y familiares.

10. La ausencia de la enfermera se da por las mismas razones que las del médico, pero la razón por la que tiene los mismos resultados es que el médico no atiende un parto sin la asistencia de una enfermera, el médico no realiza actividades que no son de su competencia, ya que de acuerdo a los protocolos de atención de parto es necesario la presencia del médico y la enfermera y en este caso en particular el médico decide cumplir al pie de la letra los protocolos de atención, por eso sin la presencia de la enfermera no hay atención, la ausencia de uno ellos hace que no exista el servicio y como el parto no espera a que estén los dos profesionales presentes en el establecimiento de salud, las madres acuden como de costumbre a las parteras.
11. El otro factor que contribuye a la mala calidad del servicio es la no disponibilidad de la ambulancia en el momento en que se requiere para trasladar una parturienta al centro de salud, la ambulancia en el área rural es imprescindible, porque las distancias entre el centro de salud y el lugar de residencia de las parturientas son considerables, más de diez kilómetros, en muchos casos hasta quince kilómetros, lo cual hace imposible y además peligroso el traslado en moto, cuadratrack o a pie, considerando además que la mayoría de los caminos del centro de salud a los caseríos son de herradura y en algunos partes son senderos y la única manera de transportar es en camillas hasta donde llega la ambulancia.
12. Las razones por las “no hay ambulancia” son: 1. El chofer no está de servicio o no pudo ser encontrado, 2. La ambulancia está sin combustible, 3. La ambulancia se encuentra en mal estado y requiere reparación, en los municipios rurales no hay taller mecánico, la misma tiene que ser contratado por las autoridades municipales en las ciudades capital, por esta razón la reparación demora meses. La primera reparación de la ambulancia de Pacolla en 2017 demoró tres meses desde enero a abril. Sin ambulancia no hay parto.

13. Otra causa por la que las madres no acuden al servicio de salud es que en la mayoría de los establecimientos de salud no existe la sala de parto y la sala de internación, no hay servicio de alimentación, no existe calefacción, lo que hace concluir a la parturienta que no hay condiciones para la atención o que es muy riesgosa y prefiere asegurarse la atención en el calor del hogar con una partera, porque ella siendo parte de la comunidad siempre está disponible a requerimiento de cualquier enfermo y en especial de la parturienta, ya que a diferencia de otras enfermedades, ésta acontece en cualquier momento, aunque el parto es esperado y programado con tiempo, sobre todo en las comunidades de los municipios rurales toda la población sabe cuándo una mujer embarazada está próximo a tener su parto y la partera está pendiente de ese evento y además como la partera o el qulliri atiende a domicilio, no requiere ambulancia, es lo más seguro y por tanto confiable en términos de atención oportuna.
14. Por lo explicado en los puntos c), d) y e), las mujeres aymara y qhichwa que viven en municipios rurales de Bolivia atienden su parto con “médico tradicional” y/o partera no por preferencia, ni por rechazo al médico o al establecimiento de salud por razones culturales, es porque el yatiri o qulliri y parteras son los únicos disponibles en el momento en que las parturientas requieren atención, mientras que el servicio de salud no tiene capacidad de garantizar atención de parto, si el servicio de salud no tiene capacidad resolutoria es un servicio inexistente.
15. De acuerdo a los resultados de las encuestas en los municipios de Humanata, Curva, Ancoraimos y Tapacarí no hay ni una sola respuesta que señale como causa aspectos culturales para no acudir a los establecimientos de salud para atender su parto, los aspectos culturales tendrían que referirse como mencionan los trabajos revisados en esta investigación: 1. Idioma que habla el personal de salud, no es el mismo que hablan las usuarias, 2. Miedo que tendrían las pacientes a desnudarse y mostrar sus partes íntimas, 3. Disposición de la placenta de acuerdo a preferencia de las pacientes y 4. La posición del parto. En las respuestas de las madres aymara y

qhichwa no se mencionan estos factores como impedimento para acudir al centro de salud en el momento del parto.

16. La supuesta barrera cultural entre los servicios de salud y la población aymara y qhichwa, es una teoría ficticia que la antropología médica ha construido, con la complicidad y comodidad de personal de salud, la incompetencia de las autoridades del sistema de salud, del oportunismo de las organizaciones no gubernamentales y la preocupación y conocimiento superficial de los organismos de cooperación internacional, que se ha ido repitiendo durante casi cuatro décadas, sin ninguna investigación científica que la sustente, ni investigaciones sobre la relación entre médicos y las pacientes aymara o la no relación entre el personal médico y las madres de las poblaciones rurales.
17. Las políticas de salud intercultural formuladas a partir de la teoría de barrera cultural para la atención de parto, han dado escaso impacto en las coberturas de atención en salud, sin embargo persiste la creencia y la certeza de las autoridades de salud de la pertinencia histórica de la denominada política de salud comunitaria e intercultural, aunque en los 10 años de aplicación no logró superar las bajas coberturas de parto institucional, especialmente municipios rurales con población aymara y qhichwa.
18. Todas las madres entrevistadas en los municipios de Humanata, Curva, Ancoraimes y Tapacarí manifiestan su deseo de atenderse en un establecimiento de salud con personal especializado, siempre y cuando el servicio sea garantizado, es decir, sea seguro. Para las madres la existencia del servicio de salud seguro significa: 1. Presencia del médico y personal de salud en el momento de parto y la predisposición de atender a las parturientas, 2. La disponibilidad de ambulancia con conductor y combustible en el momento del traslado de domicilio al establecimiento de salud, 3. Existencia de la sala de partos y su respectivo equipamiento y servicios necesarios para la atención de partos y 4. Buena atención por parte del personal.
19. La existencia de infraestructura, equipamiento, personal médico, ambulancia, insumos y medicamentos en los municipios rurales, de manera aislada y de manera

irregular, no es garantía de la existencia del servicio, si el personal de salud no está trabajando las 24 horas y si los otros factores no están disponibles para producir el servicio de salud cuando una parturienta solicita atención, entonces estamos ante una mala calidad del servicio y la mala calidad del servicio es la causa de las bajas coberturas de parto institucional, lo que implica que:

20. Los indicadores de cobertura de atención de salud materna e infantil en poblaciones rurales aymara y quichwa están condicionados por la calidad de atención en los servicios de salud público más que por factores culturales.
21. Las condiciones de los servicios de salud esperadas por las pacientes aymara y qhichwa de los cuatro municipios estudiados, son las mismas que se espera en cualquier sociedad: 1. Que el servicio de salud tenga capacidad resolutive, que las pacientes puedan recibir el servicio a satisfacción, 2. Sala de parto con temperaturas adecuadas, no inferior al de sus domicilios, la norma boliviana establece como temperatura promedio 25 grados, 3. Disponibilidad de la ambulancia, 4. Servicio de alimentación durante el tiempo de internación y 5. Buen trato del personal de salud.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

Las políticas públicas deben estar destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas, del conjunto de la sociedad o de una parte, en este último caso, sin perjudicar al resto de la sociedad, a través de: 1. La creación o mejora de los servicios públicos, 2. Minimizar factores negativos que deterioran la calidad de vida y la actividad económica y 3. La generación de riqueza y empleo, si no cumplen con ese requisito no sería propiamente una política pública, es decir, las acciones gubernamentales aunque sean desplegadas desde los organismos estatales que no mejoren la calidad de vida de las personas no tendrían la cualidad de políticas públicas, se puede considerar como acción gubernamental, programa de gobierno, por tanto, no todo lo que hace un gobierno es política pública, las acciones caprichosas de un gobernador que no mejora la calidad de vida de las personas, por el contrario empeora un servicio y/o desperdicia recursos públicos, es contraria a las políticas públicas.

La razón por la que deben cumplir con este requisito es porque, en primer lugar, son formuladas y aprobadas por funcionarios públicos que gobiernan en representación de la ciudadanía “el pueblo gobierna a través de sus representantes” y porque son elegidos por voto ciudadano y en consecuencia debe gobernar para beneficiar a sus mandantes, los electores y no para perjudicarlos y en segundo lugar, porque se financia con recursos públicos, es decir, se financian con recursos que pertenecen a cada uno de los ciudadanos de un país, departamento o municipio, los recursos públicos son los impuestos que pagan los habitantes, por lo que esos recursos deben ser invertidos en beneficio de los propietarios de esos recursos, los gobernantes son únicamente administradores de los recursos públicos, en consecuencia no deben gastar en los deseos de los gobernantes, ni en las necesidades e intereses de los partidos políticos en función de gobierno, si no, en lo que la población requiere, para atender sus necesidades, resolver sus problemas y apoyar sus aspiraciones de bienestar y progreso.

Todas las acciones de un gobierno deben enmarcarse dentro de las políticas públicas, las acciones de los gobernantes que están fuera de las políticas públicas y que impliquen gastos de recursos públicos y que no benefician a la mejora de la calidad de vida de las personas y peor si perjudican el bienestar sostenible de los ciudadanos deben ser consideradas actos contrarios al bien común y por tanto deben merecer sanción por uso ineficiente de recursos o mal uso de los recursos que tendría que derivar en responsabilidad civil y/o remoción de sus cargos, ya sea en cargos electivo, de nombramiento directo y por concurso de méritos.

Una política pública es un medio para el cumplimiento de los objetivos del desarrollo, a través de la mejora de la calidad de vida de la población, mediante la provisión de servicios públicos de calidad y brindando las condiciones favorables para la generación de bienes y servicios de un país, que permita incrementar los bienes, empleos e ingresos para las familias.

Para medir periódicamente el impacto de una política pública, ésta debe contar con instrumentos de medición del impacto en la vida de las personas, lo cual implica que debe incidir de manera positiva en algunos indicadores de la calidad de vida. Entendido así la política pública debe contar con indicadores de inicio donde se pretende intervenir, lo cual solo es posible cuando es producto de un estudio completo que parta de un diagnóstico preciso, que recoja los indicadores a cambiar o mejorar, actualizar en caso de que correspondan a los años anteriores y en caso de que no se cuente con indicadores, el estudio debe construir indicadores, porque sin indicador de desarrollo no hay forma de medir el impacto de políticas públicas y sin medición del impacto, no debiera implementarse ninguna política pública, porque no habría forma de medir el impacto de los mismos y en consecuencia no se sabría si una política pública mejora o empeora la calidad de vida de la comunidad y solo se gastaría recursos públicos sin conocimiento verdadero de su eficacia en la mejora del bien común.

Desde esa perspectiva las políticas de salud, destinadas a mejorar la salud de la población a través de la provisión del servicio de salud de calidad, mediante la mejora de la cobertura de atención en salud de las poblaciones aymara y qhichwa y la cobertura universal de parto institucional, tanto en áreas urbanas como en áreas rurales, será producto de la aplicación de una política de salud que sea formulado a partir de una verificación de las causas por las que el servicio de salud no atiende a las madres “indígena originario campesinos” de Bolivia o los factores que impiden que las madres acudan a los servicios de salud para atender su parto.

En este sentido la política pública de salud, además de buscar cumplir los objetivos de desarrollo y metas de coberturas anuales, quinquenales y de largo plazo, debe diseñar sistemas y modelos de atención en salud que garanticen el cumplimiento de las metas trazadas y contenga los mecanismos de ajuste oportuno que permita corregir las fallas en el modelo de atención. Las metas por municipio deben ser consensuado entre las metas a nivel departamental y nacional, partiendo de las posibilidades reales del servicio de salud del municipio para alcanzar las metas.

En municipios rurales donde hay una acumulación histórica de déficit de infraestructura, equipamiento y de personal, el gobierno central debe asignar recursos adicionales hasta cubrir este déficit que permita a las redes locales de salud cumplir con las metas de coberturas de atención a nivel municipal y coadyuvar al cumplimiento de las metas de coberturas a nivel nacional, si no se realiza esta priorización en la inversión en salud en las áreas rurales, no se logrará cobertura universal de atención en salud.

La aplicación de la política de salud que busque resultados como la cobertura universal de atención en salud, debe garantizar el servicio de salud hasta los últimos caseríos en áreas rurales, mientras haya diferencias entre los servicios de salud en áreas urbanas y áreas rurales, mientras las poblaciones rurales no reciben atención médica o la calidad del servicio sea mala no habrá cobertura universal de salud, lo que implica que continuará habiendo madres sin atención médica.

El sistema y modelo de atención en salud debe ser suficientemente flexible en sus protocolos de atención, priorizando la comodidad y las preferencias de las parturientas, de esa manera generar confianza de las pacientes y tender hacia un servicio público de salud de calidad que esté al alcance de las madres de las comunidades rurales, para lograr esos objetivos se realizan las siguientes recomendaciones.

Recomendaciones:

1. Toda nueva política pública de salud para que tenga éxito y que tenga como objetivo alcanzar cobertura universal, debe ser producto de un estudio de todos los factores que condicionan la situación inicial y debe buscar incidir y cambiar uno o varios factores para mejorar un servicio público de salud, de otra manera estará destinado al fracaso. Las acciones gubernamentales que no cumplan con este requisito, por muy buenas intenciones que la inspiren, siempre terminará en fracaso a largo plazo, aunque puede tener algún impacto temporal en las expectativas de los beneficiarios, incluso pueda tener el respaldo de los dirigentes de algunos grupos de beneficiarios, la participación de líderes de los beneficiarios, en la formulación, implementación y evaluación no garantiza el éxito de las políticas públicas, en muchos casos los representantes de organizaciones sociales han sido corresponsables del fracaso pero sin ninguna responsabilidad.
2. Las políticas de salud que tengan como objetivo el acceso universal de la población a los servicios públicos, en especial de la población que reside en los municipios rurales, el estado a través de los tres niveles de gobierno, debe garantizar el servicio salud de calidad, que atienda a todas las comunidades, que el servicio de salud esté disponible para las usuarias en el momento y el lugar donde ellas requieren, específicamente en la atención materna e infantil, no son las usuarias que deben buscar atención en los establecimientos de salud, es el servicio de salud que debe buscar atender a las madres y niños, es decir, el servicio debe estar al alcance de cada parturienta, porque el servicio de salud

es un servicio estatal y el “estado tiene la obligación de garantizar el acceso a la salud de todas las personas”. (BOLIVIA-CPE, 2009, pág. 13 Art.18)

3. El Estado boliviano debe adoptar una política de salud, sistema de salud público y un modelo de atención, que garantice la atención de la salud de las poblaciones indígenas que residen en los municipios rurales e incrementen las coberturas de atención similares a países vecinos, para lo cual debe considerar los siguientes principios y debe adoptar las siguientes medidas:
4. Diseñar un sistema de salud enfocado en proveer el servicio de salud a todos los que requieren atención, mediante la implementación una red de servicios de referencias y contra referencias que garantice atención oportuna y eficaz en todo el territorio nacional.
5. La política de salud debe ser una política estatal y sus resultados deben ser de competencia y responsabilidad del nivel central de gobierno, diferenciado por regiones y por niveles de atención, con asignación específica de competencias a los gobiernos subnacionales, solo el gobierno central tiene la posibilidad de garantizar el acceso universal a los servicios de salud, porque se requiere una sola dirección en la gestión del servicio de salud, superando el descuartizamiento actual del servicio, la salud es una competencia concurrente entre los tres niveles de gobierno, sin embargo a la hora de atender a un paciente ninguno de los tres niveles es responsable, además únicamente el nivel central de gobierno dispone de recursos necesarios para asegurar el servicio en todos los municipios de manera universal. Una vez alcanzado las metas universales de atención se puede dejar que las regiones y municipios puedan mejorar el servicio.
6. Para la implementación de la política de salud universal el gobierno nacional debe asignar recursos para la dotación del personal necesarios a la red de establecimientos de salud en el área rural para que la atención sea de 24 horas

y optimizar la inversión en los niveles sub nacionales, en infraestructura, equipamiento e insumos y medicamentos.

7. Para que los establecimientos de salud puedan alcanzar las metas de cobertura universal de atención de la salud, cada centro de salud debe firmar contratos de gestión de salud y de responsabilidad entre y con los diferentes niveles de gobierno, definiendo las obligaciones de alcanzar las metas en coberturas de atención en salud, estableciendo responsabilidades administrativas, civiles y políticas de los funcionarios públicos responsables de la gestión, administración y atención en salud.
8. Los funcionarios responsables de la gestión y administración, deben ser reclutados mediante concurso de méritos, los cuales deben ser evaluados anualmente en base a las metas alcanzadas, dicha evaluación debe ser realizada por personal especializado e independiente, la remoción del personal se debe realizar únicamente por incumplimiento de metas de coberturas de atención en salud, vacunas, controles de los niños y de las madres y la atención de parto.
9. Para garantizar la provisión de servicio de salud en los municipios rurales se debe garantizar la asignación de ítems de personal para la atención de 24 horas en las redes de establecimientos de salud y asegurar la presencia física del personal, para lo cual es necesario crear la categoría de médicos rurales, como los profesores rurales en educación, para dicho propósito las universidades públicas mediante un mecanismo de beca pueden reclutar bachilleres directamente de las unidades educativas secundarias de municipios rurales, para profesionalizarlos en medicina, luego de que estos egresen trabajen en un establecimiento de salud de su municipio, por un periodo mínimo de 10 años.
10. El nivel de gobierno responsable de contratar personal, para garantizar la atención de salud en áreas rurales contratará a médicos rurales, graduados bajo esta modalidad por las universidades públicas del país, éste personal permanecerán en el cargo mediante evaluación anual y encuestas de

satisfacción de usuarios, la evaluación debe ser realizado por organismo independiente como la OPS/OMS, universidades, una comisión técnica conformada por los tres niveles de gobierno y/u otros.

El Ministerio de Salud tendría las siguientes responsabilidades.

11. Responsable de formular las políticas de salud, en base al estudio de identificación de los factores que impiden y limitan el acceso de la población a los servicios de salud, de manera consensuada con todos los actores en la provisión del servicio, los usuarios y los diferentes niveles de gobierno y tengan como objetivo alcanzar cobertura universal en servicio de salud.
12. Responsable de la aplicación de las políticas de salud, para garantizar atención oportuna, controlando la provisión eficaz de insumos y factores delegadas a los gobiernos subnacionales y en su caso iniciar acciones de responsabilidad por el incumplimiento de los resultados y tomar previsiones para que el asegurado en salud no quede sin atención médica, bajo ninguna circunstancia.
13. Responsable de los resultados de la aplicación de las políticas de salud, ante la sociedad y las entidades de fiscalización, los resultados deben ser medidos evaluados anualmente, por un organismo internacional independiente como la OPS/OMS o la contraloría general del Estado, para realizar correctivos anualmente y superar las limitaciones y permitan alcanzar los objetivos de las políticas públicas en salud.
14. La responsabilidad del ministerio de salud no solo debe ser de los resultados, sino también del proceso, si una autoridad nacional responsable de una política o programa, autoridad departamental, municipal y el personal de atención de la salud de la población tiene dificultades en el cumplimiento de sus competencias, los niveles de seguimiento y control deben adoptar medidas correctivas, para asegurar la provisión del servicio de manera oportuna para garantizar las coberturas de atención universal y en caso de que algún nivel de

gobierno incumpla sus obligaciones, debe tomar las medidas correctivas de manera oportuna y no esperar que llegue el fracaso y luego sancionar, el control y seguimiento no debe ser para sancionar, debe ser para corregir a tiempo en el proceso de implementación de la política de atención universal de la salud.

15. Realizar contratos de gestión con cada red de salud, director del establecimiento de salud y con personal de salud para alcanzar las metas programadas, las cuales deben ser definidas en consenso y para que el pago al establecimiento de salud y al personal se realice por metas alcanzadas en coberturas de atención.
16. Contratar de manera directa a los “médicos rurales” promocionados por las universidades públicas del país en el marco del plan de cobertura universal de salud, para alcanzar el 100% de atención en salud en las poblaciones y municipios rurales.
17. El salario del personal de salud en el área rural, “médico rural” debe ser por doble turno, dedicación exclusiva y por cumplimiento de metas de cobertura de atención y además se pagará un bono adicional por especialidad, de esta forma el personal de salud en el área rural tendrá dedicación exclusiva en el cuidado de la salud de la población, en salud preventiva y curativa
18. Responsable de construir infraestructura, equipamiento, personal, medicamentos e insumos de servicio de salud de tercer nivel, considerando los altos costos de los mismos.
19. Responsable de la gestión, funcionamiento, seguimiento, control y financiación de los programas nacionales de salud.
20. Responsable de mantener actualizada la información en el SNIS, de manera diaria y mensual

21. La responsabilidad de las autoridades nacionales de salud por el cumplimiento o incumplimiento de metas en coberturas de atención y vigilancia epidemiológica deben ser veladas por la asamblea legislativa y la contraloría del Estado.
22. El cumplimiento e incumplimiento de metas anuales debe merecer la premiación o sanción dependiendo el caso, mediante sistemas de incentivos y sanciones en el cumplimiento de metas de atención universal de salud.

Los gobiernos municipales tendrían las siguientes responsabilidades:

23. Construcción, mantenimiento de la infraestructura de salud de primer y segundo nivel de atención, dotación de equipamiento médico, insumos y medicamentos que no pueda proveer cada red y centro de salud, provisión de servicios básicos en los establecimientos de salud.
24. Equipamiento y mantenimiento de ambulancias, dotación de combustible y contratación del chofer de ambulancia, con recursos destinados a salud.
25. Pago oportuno a los servicios de salud a establecimientos de salud por las prestaciones realizadas bajo responsabilidad administrativa, civil y política.
26. Implementar programas de aseguramiento a grupos de población especiales y excluidos de los seguros nacionales de salud en su jurisdicción.
27. Realizar convenios con autoridades originarias de las comunidades, ayllus y zonas rurales para garantizar el ejercicio del derecho de la población rural a la atención en salud en el marco del plan de acceso universal de salud.
28. Desarrollar programas locales de salud preventiva desde los hábitos en la alimentación, bebidas, actividades físicas y deportivas.

Las universidades públicas tendrían las siguientes responsabilidades.

29. Responsable de formar médicos rurales, dentro el plan de “Acceso universal a los servicios de salud”, deben reclutar a estudiantes de municipios rurales, dos

por cada municipio por año, para que estudien las carreras de ciencias médicas, los mismos estudiarían en calidad de becarios con el compromiso de trabajar, mínimo diez años después de la titulación en los servicios de salud pública en los municipios donde fueron reclutados. Los médicos titulados bajo esta modalidad tendrán la categoría de “médicos rurales” y serían contratados directamente por el ministerio de salud para trabajar en un establecimiento del municipio de su origen u otro establecimiento de salud de municipio rural.

30. Las universidades para la formación de médicos rurales diseñarán una malla curricular más completo e exigente, debido a que éste debe tener la capacidad resolutive no solo del tratamiento y curación de las enfermedades, sino también de otros factores que influyen en los pacientes tales como: trabajo social, psicología, creencias y otros ya que tienen que enfrentar la ausencia de especialistas de otras ramas, lo que debe ser superado con una formación integral y por otro lado, tampoco habrá presencia de otras especialidades médicas como: ginecología, traumatología, dermatología, gastroenterología, geriatría, pediatría y otros, ya que también tendrán que dar soluciones a un primer nivel de atención médica, por lo que la formación del médico rural requerirá de una formación competitiva y de calidad.
31. Los médicos rurales trabajarían cinco años para pagar la beca y cinco años de especialización, al cabo de 10 años serán médicos rurales especialistas en atención en salud en poblaciones rurales, después de 10 años estos médicos recibirán remuneración por dos turnos más la especialidad, condicionado al cumplimiento de metas de cobertura de atención en salud.
32. Las universidades en convenio con el ministerio de salud realizarán cursos de especialización, en las universidades y hospitales nacionales y extranjeros para garantizar personal especialista y sub especialista en los servicios públicos de salud tanto en poblaciones rurales y como en poblaciones urbanas, bajo la

modalidad de becas para trabajar durante 10 años en el servicio de salud públicos.

33. Las universidades podrían organizar sedes de unidades académicas en las diferentes regiones del país, con internado para hacer más efectiva la formación del médico rural de acuerdo a la demanda del plan cobertura universal de atención en salud
34. Las universidades públicas al formar parte de los planes nacionales de desarrollo, en este caso del plan de “cobertura universal de salud”, recuperan su rol de proveer conocimiento y tecnología para resolver los problemas concretos sociales, económicos y de derechos humanos de la sociedad.
35. La razón por la que las universidades públicas deben cumplir este rol, es porque su funcionamiento es financiado con recursos públicos por tanto deben contribuir a resolver los problemas de la gente y en este caso en particular, de gente que está excluida de la atención en salud, mientras forman profesionales y organizan cursos de postgrado que no resuelven problemas de personas con necesidades concretas pierde eficacia dichas actividades académicas.
36. Las universidades públicas del país al involucrarse en resolver problemas concretos de la sociedad, mejorarán la formación académica y científica de los profesionales ya que las soluciones reales de problemas concretos solo serán posible con profesionales con alta capacidad técnica, en cambio, si las universidades forman profesionales que no requiere la sociedad y además con muchas limitaciones científicas, esta actividad será ineficiente y alejado de las necesidades y problemas de la sociedad.

CAPÍTULO IV

BIBLIOGRAFIA

Albó, Xavier, 1993, *Y de kataristas a mnristas?: la sorprendente y audaz alianza entre aymaras y neoliberales en Bolivia*, La Paz, Bolivia, Cedoin, Unitas.

Albó, Xavier, 2008, *Movimientos y poder indígena en Bolivia, Ecuador y Perú*, La Paz, CIPCA.

Andrango Lara, Jorge Luis y Gualán, Patricia de Jesus, 2014, *Índice de Cobertura en Atención del Parto Institucional en el Hospital Básico del Cantón Guamote en el Período enero 2013 a septiembre 2013*, Quito – Ecuador. Universidad Central del Ecuador.

Asociación de Municipios de Cochabamba “AMDECO”, 2008, *P.D.M. Gobierno Municipal de Tapacarí 2008 – 2012*, Cochabamba, AMDECO.

Castañeda, Amilcar, (2010), *Derechos humanos e interculturalidad* (pp. 91 – 120), en Fernández, Gerardo, (Ed.) *Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay – Buen Vivir*, Quito-Ecuador, Ediciones Abya Yala. Cita en el texto: (Castañeda, 2010)

Choque, Teofilo, 2014, *Estado Plurinacional Aparente*, La Paz – Bolivia, Autodeterminación.

Choque, Teofilo, 2019, *Alumbramiento en Penumbra* (pp. 81-94) en Revista FORO Nro. II, Año 2/ Noviembre 2019, Unidad de Postgrado y Relaciones Internacionales, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas, UMSA, La Paz – Bolivia.

Dibbits, Ineke, 2013, *Población Aymara* (pp. 73-107), en *Salud materna en contextos de Interculturalidad*, La Paz- Bolivia, Plural Editores. Cita en texto (Dibbits, 2013).

Estado boliviano, 2008, *Modelo de Salud Familiar Comunitario e Intercultural*, La Paz, Gaceta Oficial.

——— INE, 2012, *Censo 2012: el 67,8% de los Partos se Atendieron en Establecimientos de Salud*, La Paz, INE, en http://censosbolivia.ine.gob.bo/sites/default/files/archivos_adjuntos/N%207%20%20Atencion%20de%20Partos.pdf

Escárzaga, Fabiola, 2012, *Comunidad indígena y revolución en Bolivia: el pensamiento indianista-katarista de Fausto Reinaga y Felipe Quispe*, (pp. 185 – 210), en *Política y cultura*, No. 37 ISSN 0188-7742, México, UAM.

Fernández, Gerardo, 1999, *Médicos y Yatiris, Salud e interculturalidad en el altiplano aymara*, La Paz, Ministerio de Salud y Deportes, CIPCA y ESA OMS/OMS.

Fernández, Gerardo, (Coor.) 2006, *Salud e Interculturalidad en América Latina Antropología de la salud y Crítica Intercultural*, Quito-Ecuador, Ediciones Abya-Yala.

Fernández, Gerardo, (Ed.) 2010, *Salud, Interculturalidad y Derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*, Quito- Ecuador, Ministerio de Salud Pública – Ediciones Abya–Yala.

Fontan, Liliana Madrid de Zito, 2011, *Farmacopea Herbolaria y terapia ritual: Una contribución para el estudio de la medicina tradicional de yunga boliviana*, en *Scripta Ethnologica*, vol. XXXIII, pp 71 -96, Buenos Aires-Argentina, Scripta Ethnologica.

Fuentes, Azucena, 2013, *El modelo de salud intercultural en Tinquipaya*, en: *Salud Materna en Contextos de Interculturalidad*, pp. 241-277)La Paz-Bolivia, Plural Editores. Cita en texto: (Fuentes, 2013)

Fundación TIERRA, 2011, *Territorios Indígenas Originario Campesinos en Bolivia, entre la Loma Santa y la Pachamama*, La Paz-Bolivia, Fundación TIERRA.

Gamboa, Franco, 2009, *Dilemas y conflictos sobre la Constitución en Bolivia*. La Paz, KAS.

Hall, Gillete H. y Patrinos, Harry Antony, 2006, *Pueblos indígenas, Pobreza y Desarrollo Humano en América Latina*, Bogota-Colombia, Banco Mundial en coedición con Mayol Ediciones S.A.

Huayhua, Margarita, 2006, *Discriminación y exclusión: Política Públicas de Salud y Poblaciones Indígenas*, Perú, IEP Ediciones.

INE, Censo 2012, *El 67,8% de los Partos se Atendieron en Establecimientos de Salud*, en:

http://censosbolivia.ine.gob.bo/sites/default/files/archivos_adjuntos/N%207%20%20Atepcion%20de%20Partos.pdf

Galindo, Soza Mario, 2016, *La Participación ciudadana y el Control Social*, La Paz-Bolivia, CEBEM.

Jiménez, W., Landa, F., y Yáñez E., 2006, *Bolivia, en Pueblos Indígenas, Pobreza y Desarrollo Humano en América Latina* (pp. 45-73), en *Pueblos indígenas, Pobreza y Desarrollo Humano en América Latina*, Bogotá-Colombia, Banco Mundial. Cita en texto: (Jiménez, 2006).

King, G., Keohane, R., Verba, S., 2000, *El diseño de la investigación social, la inferencia científica en los estudios cualitativos*, Madrid, Alianza Editorial.

Ledo, Carmen, Soria, René, 2011, *Sistema de Salud en Bolivia, Salud Pública en México 2011*; 53, Supl. 2 S109-S119.

Mansilla, H.C.F., 2014, *Los problemas de la democracia y los avances del populismo*, Bolivia, Editorial País Srl.

Macusaya Cruz, Carlos, 2018, *Indianismo y Katarismo en el siglo XX: apuntes históricos (pp. 129-154) en El Pensamiento y la Lucha: Los pueblos indígenas en América Latina: organización y discusiones con trascendencia*, Santiago, Aridna Ediciones.

Ministerio de Desarrollo Humano, 1992, *SNIS Estadísticas de Salud 1991-1992*, Bolivia, disponible en <http://saludpublica.bvosp.org.bo/textocompleto/nes11931.pdf>

Ministerio de salud y deportes, 2010, *Plan Sectorial de Salud 2010-2020, Hacia la salud universal*, La Paz, Ministerio de Salud y Deportes.

————— 2006, *Protocolos de Atención Materna y Neonatal Culturalmente Adecuados*, La Paz-Bolivia, Ministerio de Salud y deportes-OPS/OMS.

————— 2007, *Atlas de Salud 2005 Bolivia*, Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes-OPS/OMS.

Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, 2007, *Reglamento General de Hospitales*, Habana-Cuba, Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2010, *Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia*, Argentina, Ministerio de Salud-UNICEF.

Ministerio de Salud Chile, 2008, *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*, Santiago, Trama Impresores S.A.

Ministerio de Salud de Panamá, 2015, *Normas técnicas – Administrativas y Protocolos de Atención, Programa de Salud Integral de la Mujer*, Panamá, MINSA - CSS.

OPS/OMS, 1993, *CD37/20 Salud de los Pueblos Indígenas*, Washington D.C., OPS/OMS.

————— 2008, *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*, Washington, OPS/OMS

OPS/OMS, 2010, *Informe sobre la Salud en el Mundo, La financiación de los Sistemas de Salud, El Camino Hacia la Cobertura Universal*, Ginebra, OMS

————— 2001, *Perfil del Sistema de Servicios de Salud Bolivia*, La Paz, OPS/OMS.

————— 2011, *Salud materno infantil en Bolivia, análisis de la respuesta del sistema de salud*, La Paz, OPS/OMS

Psacharopoulos, George y Patrinos, Harry Antony, 1999, *Las poblaciones indígenas y Pobreza en América Latina*, Whashington D.C., Banco Interamericano de de Desarrollo.

Ramírez, Susana, 2006, *La interculturalidad sin todos sus agentes sociales, el problema de la salud intercultural en Bolivia*, en *Salud e Interculturalidad en América Latina* (pp. 405-412), Quito-Ecuador, Ediciones Abya-Yala. Cita en texto(Ramírez, 2006)

————— 2008, *Políticas de salud basadas en el concepto de “interculturalidad”* IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.En<http://www.aacademica.org/000-080/14>

————— 2010, *Calidad de atención en Salud, Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechuas y aymará del altiplano boliviano*, La Paz, OPS/OMS.

Rivera, Silvia, 2010, *Oprimidos, pero no vencidos*, La Paz – Bolivia, WA-GUI.

Ruiz, Gonzalo, 2006, *Etnias, Culturas y Lenguas de Bolivia*, La Paz-Bolivia, Fondo Editorial de los Diputados.

Menéndez, L. Eduardo, 2006, *Interculturalidad, Diferencia y Antropología At Home*, en *Salud e Interculturalidad en América Latina* (pp. 51-65), Quito-Ecuador, Ediciones Abya Yala. Cita en texto (Menéndez, 2006).

Molina, Ramiro y Albó Xavier, (Coord), 2006, *Gama étnica y lingüística de la población boliviana*, La Paz, PNUD.

Roosta G, Manigeh, 2013, (Coordinadora) *Salud materna en contextos de interculturalidad: estudio de los pueblos aymara, ayoreode, chiquitano, guaraní, quechua y yuqui*, Bolivia, CIDE-UMSA, OMS, OPS/OMS, UNFPA. Plural Editores.

Uriburu, Gabriela, 2006, *Mortalidad materna en Bolivia, en Salud e interculturalidad en América Latina* (pp. 173-186), Quito-Ecuador, Ediciones Abya-Yala. Cita en texto (Uriburu, 2006).

Vargas, Lorenzo, Ingrid, 2009, Tesis Doctoral, *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: Un estudio de caso en Colombia*, Bellaterra, Universidad Autónoma de Barcelona.

Vidaurre de la Riva, Prem Jai, 2006, *Plantas medicinales en Los Andes de Bolivia en Plantas medicinales en Los Andes de Bolivia, Universidad Mayor de San Andrés Herbario Nacional de Bolivia* pp. 268-284, La Paz (Bolivia), UMSA.

Silva, Erika y Baptista, Ricardo, 2010, *Éxitos y Fracayos de las Políticas Bolivianas de Salud Materno – Infantil*, Cuadernos de política 2010, La Paz, ACIDI-Canadá

Zalles, Jaime, 2006, *Bolivia, un ejemplo de mutua exclusión cultural en salud con dramáticas consecuencias, (pp.389-404), en Salud e Interculturalidad en América Latina*, Quito-Ecuador, Ediciones Abya-Yala. Cita en texto (Zalles, 2006).

Leyes y normas

Bolivia, Asamblea Constituyente, 2009, *Constitución Política del Estado*, La Paz-Bolivia, Gaceta Oficial de Bolivia

Bolivia, Congreso Nacional, 1980, *Ley N° 515 de Creación de la segunda sección municipal de la provincia Omasuyos del departamento de La Paz*, La Paz-Bolivia, Gaceta Oficial de Bolivia, 30 abril 1980.

Bolivia, Congreso Nacional, 2002, *Ley N° 2426 de Seguro Universal Materno Infantil SUMI*, La Paz-Bolivia, Gaceta Oficial de Bolivia, 21 noviembre 2002.

Bolivia, Congreso Nacional, 2009, *Ley N° 4006 de Creación de la cuarta sección "Humanata"*, La Paz-Bolivia, Gaceta Oficial de Bolivia, 06 febrero 2002.

Bolivia, Asamblea Legislativa Plurinacional, 2010, *Ley N° 031 de Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”*, La Paz-Bolivia, Gaceta Oficial de Bolivia, 19 julio de 2010.

Bolivia, Asamblea Legislativa Plurinacional, 2013, *Ley N° 475 de Ley de Prestaciones Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia*, La Paz-Bolivia, Gaceta Oficial de Bolivia, 30 diciembre 2013.

Bolivia, Congreso Nacional, 1983, *Ley N° 546 de Ley de Prestaciones Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia*, La Paz-Bolivia, Gaceta Oficial de Bolivia, 13 de mayo 1983.

Bolivia, Congreso Nacional, 1905, *Ley de 14 de septiembre de 1905*, La Paz-Bolivia, Gaceta Oficial de Bolivia, 14 de septiembre de 1905.

Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, 1998, *D.S. N° 25265 del Seguro Básico de Salud*, La Paz-Bolivia, Gaceta Oficial.

—————, 2005, *Guía Para el Desarrollo de un Enfoque Intercultural en la Atención de la Salud Materna*, Bolivia, Min. Salud.

—————, 2006, *Protocolos de atención materna y neonatal culturalmente adecuado*, La Paz-Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes.

—————, 2008, D.S. N° 29601: *Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”*, 11 junio 2008.

—————, 2008, D.S. N° 0066: *Bono Madre Niño - Niña “Juana Azurduy”*, 3 abril 2009.

Artículos en sitios web

ABC, 2020, *Caminos que nos unen en democracia, Mapas de la red vial fundamental*, en http://www.abc.gob.bo/wp-content/uploads/2020/01/mapa_abc_2020_web_.pdf

CEPAL ONU, 2018, *Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe*, en <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>

Luengo, Blanca y Zalles, Jaime, 1994, *La Medicina Tradicional Boliviana y su Cronología*, en:

http://www.fundesnap.org/files/94_la_medicina_tradicional_boliviana_y_su_cronologia.pdf

Escuriet, Ramón y otros, 2014, *Matronas Profesión, La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)*, en: https://www.upf.edu/documents/3223410/3287206/AtencionPartoOCDE_Matronas2014.pdf/e684100f-2b8e-4d67-b167-020dda4cb402

Fernández, Gerardo, 2011, *Claroscuros de la Salud Intercultural en América Latina*, Nuevo Mundo, en <https://nuevomundo.revues.org/61188>

INE, 2001, *Patacamaya censo*, en: <https://es.scribd.com/document/334423248/Patacamaya-censo-pdf>

INE, 2012, *Ficha Resumen Censo de Población y Vivienda 2012*, en http://censosbolivia.ine.gob.bo/censofichacomunidad/c_listadof/listar_comunidades

OMS, 2009, *El personal sanitario es imprescindible para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud*, en: http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/

OMS, UNICEF, UNFPA, BM, ONU, 2015, *Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015, Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas*, OPS, en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf?sequence=1

OPS/OMS-OPS BOLIVIA, 2016, *Lanzan Observatorio de Mortalidad Materna y Neonatal en Bolivia*, en: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1908:notaagosto6&Itemid=481

OPS/OMS-OPS BOLIVIA, 2018, *Bolivia declara el 2018 como año de la vigilancia de la muerte materna y lanza el Sistema Informático de Perinatal Plus*, en: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=2106:bolivia-declara-el-2018-como-ano-de-la-vigilancia-de-la-muerte-materna-y-lanza-el-sistema-informatico-de-perinatal-plus&Itemid=481

OPS/OMS, 2018, *Salud Materna*, en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>

UMSA, 2020, *Carrera de Medicina*, pensum, en: https://www.umsa.bo/72/-/asset_publisher/vMO8v3U0Vo23/content/paf-facultad-de-medicina-enfermeria-nutricion-y-tecnologia-medica-gestion-2020/20142

UPEA, *Carrera de Medicina, Marco estructura curricular*, 2013, en: <https://upea.reyqui.com/2013/02/carrera-de-medicina-de-la-upea.html>

Revistas

Quintanilla, Coro, Víctor Hugo, 2004, *La concepción andina de la medicina tradicional, para la interculturalización de la medicina occidental-moderna en Bolivia*, La Paz-Bolivia, Bolivian Research Review/Revista Boliviana de Investigación v11 n.

Informes oficiales

Ministerio de Salud, 2018, *Respuesta a P.I.E.* No. 160/2018-2019, MS/DGAA/URRHH/NI/1626/2018.

Periódicos

El Diario, 2018, *Médicos determinan hoy si continúan en paro*, 5 de enero 2018, en https://www.eldiario.net/noticias/2018/2018_01/nt180105/principal.php?n=79&-medicos-determinaran-hoy-si-continuan-en-paro

El País, España, *Agencia La Paz*, 22 de enero 2006, http://internacional.elpais.com/internacional/2006/01/22/actualidad/1137884405_850215.html