

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
Facultad de Medicina, Nutrición- Enfermería- Tecnología Médica
UNIDAD DE POSTGRADO



**“SATISFACCIÓN DEL PROCESO DE
INTERCULTURALIDAD DE LA POBLACIÓN
USUARIA DEL CENTRO DE SALUD CHIQUIACA,
TARIJA-BOLIVIA, GESTIÓN 2011”**

POSTULANTE: Lic. Isabel Choque Choque

***TUTOR:* Dr. Carlos Tamayo Caballero**

Entre Ríos - Tarija - Bolivia

2011

DEDICATORIA

*A mis padres Faustino y Aida, Mi esposo Franz y mi hijo: Franco N.
Quienes me brindaron a cada instante su apoyo incondicional
Que me prestaron durante la realización de la especialidad
Para lograr una meta más en mi vida.*

AGRADECIMIENTO

A DIOS, POR SUS BENDICIONES OTORGADAS EN MI VIDA

A LA COOPERACIÓN TÉCNICA BELGA,

A LA DOCTORA NILA HEREDIA COORDINADORA NACIONAL,

A LOS COORDINADORES DEPARTAMENTALES,

A MI TUTOR DR. CARLOS TAMAYO

SIN ELLOS NO TENDRIA LA OPORTUNIDAD

DE SUPERARME.

ÍNDICE GENERAL

I.- Introducción	paginas 1
II.- Descripción del contexto	paginas 2 - 7
III.- Antecedentes del Problema	paginas 8 - 9
IV.- Marco teórico	paginas 9 - 18
V.- Planteamiento del Problema	paginas 18 - 20
VI.- Pregunta de Investigación	pagina 20
VII.- Justificación	paginas 20 - 21
VIII.- Objetivos	pagina 21
IX.- Diseño Metodológico	paginas 22 - 24
X. Análisis de Resultados	paginas 25 - 30
XI.- Conclusiones	paginas 31 - 33
XII.- Recomendaciones	paginas 33

Propuesta de intervención

1.- Justificación	paginas 34
2.- Análisis de Interesados	pagina 35
3.- Análisis de factibilidad	pagina 35
4.-. Árbol de Problemas	pagina 36
5.- Árbol de Objetivos	pagina 37
9.- Matriz de planificación del Proyecto	pagina 38 - 39
10.- Cronograma	pagina 40
11.- Presupuesto	pagina 41- 42
12.- Referencias bibliográficas	pagina 43
13.- Anexos	pagina 44
- Encuestas.	
- Mapa de la provincia O'connor	

RESUMEN

El trabajo presenta los resultados de una investigación realizada en la comunidad de Chiquiacá, Municipio de Entre Ríos del departamento de Tarija donde logramos describir si el proceso de interculturalidad son satisfactorios para la población usuaria de esta comunidad con respecto a su salud, identificando las barreras que impiden la asistencia al Establecimiento de Salud; referente a la aplicación de los procesos de interculturalidad en una perspectiva la de ver si es o no posible articular la medicina tradicional con la medicina moderna o académica en el marco de las políticas públicas del Estado Plurinacional Boliviano.

Como objetivo general tenemos: Establecer si el proceso de interculturalidad son satisfactorios para la población usuaria del centro de salud Chiquiacá durante el mes de agosto de la gestión 2011.

Este trabajo responde a la obligatoriedad que tenemos los servicios de salud de articular con la medicina tradicional como mandato, conocer la percepción de la población que es fundamental, siendo que son la razón de nuestros servicios, además, la participación con conocimientos que es mucho más satisfactorio y que generará mayor demanda.

Es un estudio de tipo cuantitativo con base a una muestra obtenida del total de usuarios durante el mes de agosto del año 2011.

En esta investigación encontramos que la población no está informada de la política pública de salud, como consecuencia genera un tipo de resistencia que cruza con otros valores propios de la población, como ser su religión, su cultura, etc., la población que estuvo de acuerdo con la incorporación de la medicina tradicional pone condiciones razonables, como ser que el médico tradicional debe ser conocido por la población misma, de esta manera evitar los ya conocidos “charlatanes” que lo único que hacen es mercantilizar a la medicina tradicional.

En el caso de las instituciones de salud, las/os usuarios de los servicios se cuestiona la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación son aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal.

El personal de salud no está promocionando sobre la articulación de la medicina tradicional con la académica con un 82% Por otra parte, la población no ha recibido información de parte de las autoridades de gobierno y no se ha realizado eventos de información en el ámbito local, lo poco que se sabe es a través de los medios de difusión masiva como la radio.

Para esto se plantea una propuesta de intervención para que el personal de salud y los líderes comunitarios estén comprometidos en la socialización del nuevo modelo de salud SAFCI, para consolidar las políticas nacionales en forma permanente y dar solución de la problemática actual mediante la articulación de los sistemas médicos.

I.- INTRODUCCIÓN

El trabajo presenta los resultados de una investigación realizada en la comunidad de Chiquiacá, Municipio de Entre Ríos del departamento de Tarija donde logramos describir si el proceso de interculturalidad son satisfactorios para la población usuaria de esta comunidad con respecto a su salud, identificando las barreras que impiden la asistencia al Establecimiento de Salud; referente a la aplicación de los procesos de interculturalidad en una perspectiva la de ver si es o no posible articular la medicina tradicional con la medicina moderna o académica en el marco de las políticas públicas del Estado Plurinacional Boliviano.

Este trabajo responde a la obligatoriedad que tenemos los servicios de salud de articular con la medicina tradicional como mandato, conocer la percepción de la población que es fundamental, siendo que son la razón de nuestros servicios, además, la participación con conocimientos que es mucho más satisfactorio y que generará mayor demanda.

El objetivo de este trabajo es establecer si el proceso de interculturalidad es satisfactorio para la población usuaria del Centro de Salud Chiquiacá durante la gestión 2011.

Es un estudio de tipo cuantitativo con base a una muestra obtenida del total de usuarios durante el mes de agosto del año 2011.

En esta investigación encontramos que la consulta por enfermedad es la que predomina a costa de control a la salud, esto implica que hay una demanda basada en la enfermedad más que el cuidado de la salud, llama la atención que sumados las variables de acompañante, salud de mi hijo/a y el pago al bono sea una razón considerable que la población no está informada de la política pública de salud.

En el caso de las instituciones de salud, las/os usuarios de los servicios se cuestiona la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones

y la desinformación son aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal.

Las autoridades de la comunidad en su totalidad no tienen mucho interés en salud y por ende no coordinan con el servicio de salud, esto hace que ambas medicinas no se articulen y como consecuencia genera un tipo de resistencia que cruza con otros valores propios de la población, como ser su religión, su cultura, etc., la población que estuvo de acuerdo con la incorporación de la medicina tradicional pone condiciones razonables, como ser que el médico tradicional debe ser conocido por la población misma, de esta manera evitar los ya conocidos “charlatanes” que lo único que hacen es mercantilizar a la medicina tradicional.

II.- DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO:

La provincia O’connor está conformada por una sección municipal (Entre Ríos), cuenta con once cantones y seis distritos municipales legalmente reconocidos. De acuerdo al diagnóstico participativo del Plan de Desarrollo Municipal (PDM) Elaborado el año 1994, se registró una población estimada de 19.214 habitantes con una densidad de 3.82 habitantes por Km². De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la tasa de crecimiento poblacional para la provincia O’connor es de 1.06% anual, lo que significa una proyección para el año 2012 de 24090 habitantes, cifra que se halla fuertemente influenciada por los elevados índices de migración.

Existe en la provincia 93 comunidades constituidas por habitantes campesinos y/o guaraníes. Aproximadamente el 86% de la población vive en forma dispersa a excepción de Entre Ríos centro poblado principal de la provincia.

La extensión territorial del municipio de Entre Ríos es de 5346.4 Km² aproximadamente, que representa el 14.2% de la superficie departamental y el 0,49% del territorio nacional.

El pueblo guaraní desde tiempos anteriores a la conquista española, ha existido en gran parte de lo que actualmente es la provincia O’connor, a partir de este momento y durante

el proceso colonizador su territorio ha ido en constante disminución hasta llegar al área que actualmente se denomina “Itikaguasu”.

La población general de las comunidades guaraníes está organizada alrededor de la asamblea del pueblo Guaraní más conocido como la Agrupación de Pueblos Guaranís (APG).

El territorio guaraní abarca el chaco de tres departamentos de Bolivia: Santa Cruz (Provincia Cordillera), Tarija (Provincia O’connor y Gran Chaco) y Chuquisaca (Provincia Luis Calvo y Hernando Siles).

El total de analfabetos en el pueblo guaraní llega a más del 55% de los cuales 60% son mujeres y 40% son hombres.

El municipio de Entre Ríos está ubicado en la parte central del Departamento de Tarija. Limita al norte con el departamento de Chuquisaca al sur y al este con la Provincia Gran Chaco, al oeste con la Provincia Cercado, hacia el Noreste con la Provincia Méndez y hacia el sureste con la Provincias Avilés y Arce.

El pueblo guaraní se encuentra ubicado en dos de las seis provincias del departamento de Tarija, la mayor concentración humana se encuentra en la provincia O’connor que alberga a 28 comunidades.

La población Guaraní total en la provincia O’connor alcanza a 2.398 habitantes de las cuales el 49.87% son varones y el 50.13% son mujeres.

En cuanto a su idioma religiones y creencias continúan conservando gran parte de su identidad reflejada en su lengua materna, su música e instrumentos, danzas, bailes, vestimenta tradicional y sus ritos religiosos.

La base productiva se sostiene según la zona y esta se divide por las actividades que realizan: Agricultura, pesca, crianza de ganado menor, recolección de frutos silvestres y miel. Asimismo otras actividades, como las artesanías son practicadas por las mujeres quienes fabrican cestas de palma, ollas de barro y algunas prendas

de hilo vegetal, complementan su actividad económica con trabajo asalariado para propietarios ganaderos de la zona.

Actualmente, gran parte de la población guaraní profesa la religión católica, siendo la fiesta de la “Virgen de Guadalupe”, la más alta demostración de su fe.

En los últimos años, la tradición y la cultura chaqueña, han reavivado las artesanías de cuero como artículo de uso campesino (monturas para caballos, sillas y guardamontes, etc.), las artesanías de bambú recurso vegetal existente de la provincia, la misma es aprovechada mediante la elaboración de artesanías menores y muebles para el hogar como mesas, estantes, sillas y otras que son desarrolladas por hábiles manos de gente de la comunidad y artesanías de piedra es una expresión cultural exclusiva de la zona Canaletas a 35Km de Tarija que se ha heredado por generaciones. Las artesanías talladas en piedra son productos originales de diversos colores, hechos manualmente y con materia prima de canteras de la misma comunidad.

Existe una infinidad de diseños como fuentes jardineras de agua, mesas redondas, rectangulares, animales de diferentes especies, maseteros, batanes, mausoleos, pulpitos, lozas, sócalos, etc.

Chiquiacá tiene una población de 1.158 habitantes, está ubicada a 120 Km de Entre Ríos capital de Provincia O’connor.

II.1 Situación Geográfica de Chiquiacá:

Limita al Este con la Tercera sección de la provincia Gran Chaco, el municipio de caraparí, al Oeste con La cueva y Salinas, al Norte con Saican y Vallecito los Lapachos y al Sur con Loma Alta y Pampa Redonda. Ver anexo 2

II.2 Servicio de Salud:

Cuenta con un Centro de Salud de Chiquiacá en cual trabajan seis funcionarios públicos a tiempo completo que a continuación se detalla:

Tabla Nro. 1 Distribución de los funcionarios públicos del Centro de Salud Chiquiacá, 2011

	TG	HIPI	GOBERNA	MUNICIPAL
	N		CION	
Médico General		1		1
Lic. Enfermería	En 1			1
Odontóloga			1	1
Aux. Enfermería	en			1
Chofer				1
Portera y Limpieza				1
Total	1	1	1	3
				6

Fuente: Elaboración propia

II.3 Área de influencia:

Las comunidades que acuden al Servicio de Salud de Chiquiacá para atención son los siguientes: Chiquiacá Centro, Chiquiacá Norte, Chiquiacá Sud y El Peregrino.

Cuadro N°2 Mapa de cobertura del servicio de Chiquiaca



II.4 Medicina Privada:

Esta el consultorio privado que realiza atención Esporádicas.

II.5 Medicina Tradicional:

En esta área son Cuatro los que practican dicha medicina tanto en la elaboración de medicamentos con plantas medicinales de la zona.

Los médicos tradicionales de la comunidad de Chiquiacá elaboran pomadas, pinturas para picaduras, el tiempo que dedican a esta medicina es de un promedio de dos horas diarias, además se dedican a la agricultura y ganadería uno de ellos trabaja en la microempresa de dicha comunidad, la edad de los médicos tradicionales de de un promedio de 45 años, su relación familiar refieren que es buena porque reciben apoyo en el trabajo que realizan, el 25% de los médicos tradicionales trabajan en coordinación con el servicio de salud, atienden un promedio de 5 pacientes por mes los más comunes son picaduras, asustaduras y todo tipo de lastimaduras; refiere que la gente acude después o antes de consultar al médico científico.

II.6 Educación:

Cuenta con un Núcleo Escolar donde trabajan 1 Director, 15 profesores, 1 Secretaria y 1Portero. La Escuela seccional de Chiquiacá Norte trabajan 2 profesores.

También tiene un internado rural y 2 Centros Sentir.

II.7 Rasgos culturales de la población que acude al Servicio de Salud Chiquiacá

Caracterización de la Población:

La población de estas comunidades procede del interior del país principalmente del departamento de Chuquisaca y la República de Argentina, la población del interior representa aproximadamente el 60% y solamente el 40% de la población del lugar o la región.

La población es migrante y emigrante al exterior del País (Argentina y España) y a la Capital del Departamento de Tarija.

Idioma:

El idioma que predomina en la población es el castellano en un 90 % en Chiquiacá, 10 % quechua y guaraní.

Ocupación:

La población se dedica a la agricultura (cultivo de maíz y papa), ganadería (crianza de ganado vacuno, bobino) y la apicultura.

Religión:

La población de las comunidades es predominantemente católica pero también se ve la presencia de 2 Iglesias Evangélicas y una Iglesia del Séptimo Día.

III.- ANTECEDENTES:

La calidad de los servicios de salud puede ser considerada como el resultado de diferentes factores o dimensiones, que resultan ser instrumentos útiles tanto en la definición y análisis de los problemas como en la evaluación del grado de cumplimiento de las normas técnicas, sociales y humanas del personal de salud.

El término de “Medicina Tradicional”, más bien impreciso, se aplica a las prácticas de atención de salud antigua y vinculada a las distintas culturas que existían antes de que se aplicara la ciencia a las cuestiones de salud. Bolivia tiene el mérito de haber sido el primer país en que se aceptó oficialmente la vigencia de las medicinas indígenas en enero de 1984 y se reglamentó su ejercicio el 13 de marzo de 1987. Lamentablemente la lucha política permanente y la politización de dicha medicina han hecho que los logros sean efímeros y que no se tengan ni políticas ni estrategias serias sobre su articulación y complementación con la medicina oficial. Todavía no se las estudia en las universidades.

En Bolivia, existen 38 pueblos Indígenas y Originarios, distribuidos a lo largo del Territorio Nacional. Durante los últimos años la población Indígena y Originaria, a través de sus distintas formas de organización social, han demandado al Estado Boliviano, una mayor atención, a sus múltiples necesidades; un mejor acceso a los servicios de salud, Educación, Desarrollo Productivo, al proceso de saneamiento y titulación de las tierras que ocupan tradicionalmente.

Luego de la evaluación del decenio de Salud de los Pueblos Indígenas y Originarios (1994-2004), donde se constata que las políticas de salud en Bolivia, están implementadas con una fuerte visión Biomédica y no con una visión Socio/Cultural que promueva una verdadera interculturalidad, que los pueblos Indígenas y Originarios no han sentido la universalidad y equidad de las prestaciones de los servicios de salud, los mismos no cuentan con la infraestructura adecuada para la atención en salud, de acuerdo a su cosmovisión.

A nivel internacional se realizaron trabajos de investigación como en México y Ecuador pero en Boliviano se realizaron temas sobre el proceso de interculturalidad son satisfactorios para la población usuaria.

A pesar de que la interculturalidad es un término reciente ya se realizaron investigaciones de interculturalidad en salud tanto a nivel internacional como nacional que se menciona a continuación.

Interculturalidad y salud: Recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social.

Dr. Sergio Lerin,

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, D.F.

Interculturalidad en salud y desarrollo de comunidades *mapuche*: Estudio de Caso en *MakewePelale*

Dra. Nancy Andrea ÁlvarezDíaz.

Se crea la unidad de salud intercultural en el hospital imperial el 25 de Julio 2009 de Loreto Andreani.

Calidad de atención en los centros de salud de Potosí donde recogen la creación de indicadores de calidad con enfoque intercultural. Royder y Angeloni (2007).

Hospital de salud intercultural – Patacamaya, sobre el funcionamiento del programa de salud sexual y reproductiva. Dibbits y Boer (2002).

IV.- MARCO TEÓRICO:

Los importantes cambios políticos y sociales ocurridos durante las últimas décadas en los países de la región que históricamente se han caracterizado por presentar grandes brechas y exclusión social, deben generar nuevas formas de relación entre el estado y la sociedad civil que promuevan la participación de las poblaciones más vulnerables tradicionalmente excluidas de la gestión pública, como una forma de

garantizar un mayor ejercicio de sus derechos políticos, económicos, sociales y culturales, así como una mayor equidad en el acceso a la salud de las poblaciones indígenas son un componente fundamental dentro de este grupo.

La historia de la humanidad, y en particular la de Bolivia, está llena de ejemplos de influencias culturales mutuas que se han producido en medio de relaciones sociales jerarquizadas y de procesos de dominación y explotación. Pero, en medio del conflicto y la injusticia de las relaciones sociales, siempre hubo quienes soñaron con convertir las relaciones interculturales existentes de hecho, en un punto de partida para establecer relaciones sociales más justas: la interculturalidad de hecho comenzó entonces a transformarse en un principio normativo orientador del cambio social. Entendida de ese modo, la interculturalidad implica la actitud de asumir positivamente la diversidad cultural, y convertirla en un principio rector de los procesos sociales

La situación social y política actual de Bolivia es la expresión de una brecha histórica entre la sociedad criolla-mestiza dominante y los pueblos-naciones originarias (indígenas) que representan la mayoría del país (62%, según el censo 2001).

En los últimos años, en especial desde el año 2000, este antagonismo se expresó de manera violenta en enfrentamientos generados por motivos puntuales (política hidrocarburífera nacional) pero que reflejan a la vez una serie de descontentos de la población indígena hacia las políticas estatales. En este sentido, la política nacional de salud mono cultural y mono paradigmática no responde a la realidad pluricultural del país, lo que implica que la atención de salud sea vivida por la población indígena como una agresión y un mecanismo de dominación que no hace sino aumentar el descontento general. Repensar el sistema de salud a partir de la composición étnica del país, a mayoría indígena, es una responsabilidad de todos para evitar que se acreciente la brecha entre culturas en el país.

La interculturalidad en salud:

La interculturalidad en salud es un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad

cultural; pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio.

La interculturalidad debe ser pensada como iniciativa para el cambio sanitario, siempre y cuando ese cambio sirva para mejorar los índices epidemiológicos, es decir, para que la gente pueda vivir más y mejor. Si el cambio es entendido con el único objetivo de revalorizar la medicina tradicional, será difícil que aparezcan mejoras de los servicios de salud y por tanto, mejoras en la salud de la población.

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

“La interculturalidad en salud puede definirse, como la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos de cuerpo biológico, social y relacional...en el plano operacional se entiende la interculturalidad como potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena...respetando y manteniendo la diversidad...”

En la última década la interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud. El tema de la pertinencia cultural del proceso de atenciones un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico, implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. El respeto a esta diversidad tiene larga trayectoria en países cuyas altas tasas de inmigración han generado contextos de gran diversidad étnica y

cultural. Situación que ha puesto al equipo de salud en el imperativo de desarrollar estrategias que faciliten la relación del médico con el paciente.

Pese a que el término de Interculturalidad es relativamente reciente en el mundo de la medicina y de la salud pública, ha ganado hoy por hoy un espacio importante, como a menudo puede suceder en estas circunstancias, su notoriedad no está exenta de imprecisión y confusión, en cierta manera esto se debe a que cada uno lo interpreta a su modo y del modo como todo el mundo lo utiliza. La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad; Si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para inculcar valores democráticos y responsabilidad política, y es una apuesta dentro de un sistema que busca más igualdad para todos.

Salud Intercultural o Interculturalidad en salud se puede entender como una serie de acciones que implican en primer término tomar conciencia de la cultura del paciente, para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención de salud; es un conjunto de acciones o políticas mucho más necesarias y trascendentes en un país multicultural y pluriétnico como el nuestro, circunstancia que genera diferentes expectativas y percepciones del proceso salud-enfermedad entre proveedor-usuario y que suele provocar dificultades y desavenencias en la relación médico- paciente

La Interculturalidad debe ser pensada como iniciativa para el cambio sanitario siempre y cuando ese cambio sirva para mejorar los índices epidemiológicos, es decir para que la gente pueda vivir más y mejor, si el cambio es entendido con el único objetivo de revalorizar la medicina tradicional será difícil que aparezcan mejoras de los servicios de salud y por tanto no habrá mejoras en la salud de la población.

En este contexto, el éxito de las intervenciones del personal de salud –no sólo en lo asistencial, sino también en lo preventivo y promocional- depende en gran medida, de su capacidad para no desestimar las creencias de otras culturas, y sobre todo de sus habilidades para negociar y conjuncionar saberes diferentes. Como ya se

mencionó con anterioridad, por lo general en todo proceso de interacción social en el cual concurren cosmovisiones antagónicas o diferentes existe el riesgo de conflicto. Sin embargo, los conflictos entre diferentes sistemas médicos no emergen sólo de las diferencias en los modelos explicativos que los sustentan, sino también de la dominación social de un modelo de salud sobre otro. En este sentido, la cultura biomédica expresada a través del sistema médico occidental, se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver si no todos, la mayoría de los problemas de salud de la población, independientemente de los contextos económicos, sociales y culturales.

En el caso de las instituciones de salud, se cuestiona por los usuarios de los servicios la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son objeto, aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal.

La situación de vulnerabilidad y de exclusión en que se encuentra la población indígena no es ajena a la organización social y a la de los servicios de salud, las diversidades culturales, sociales, económicas, institucionales, geográficas e individuales impiden el acceso a los servicios de salud, a gran parte de la población esto influye en el desapego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural.

Interculturalidad en la Relación “Personal de salud-Paciente”:

El contacto y la relación entre el personal de salud y los enfermos, entre “los que curan” o “Alivian” y sus pacientes, o de una manera más amplia entre el personal de salud y las personas en los servicios de salud, demanda requerimientos más allá de conceptos técnicos de la formación profesional. Al establecer el enfermo-paciente un puente de contacto basado con una expectativa de atención y apoyo, demanda una fuerte carga emocional para el personal de salud, propiciando un estado de ansiedad sobre la posibilidad real de dar respuesta a las interrogantes sobre las expectativas

de recuperación del enfermo, de su gravedad y de su propia capacidad para orientarlo.

Estas emociones, pueden llevar a que el personal de salud prefiera despersonalizar, aún sin proponérselo, vínculos afectivos con sus pacientes, limitándose a una relación práctica en razón a una necesidad manifiesta

El enfoque Intercultural, entre otras cosas, implica que todos los prestadores de un servicio están en un plan de igualdad con la población que atienden; reconocer que no sólo el personal de salud de las instituciones puede aportar hacia las comunidades elementos valiosos para mejorar la atención a la salud, sino que la población, los grupos organizados, las parteras y médicos tradicionales, pueden aportar su conocimiento técnico, humanístico y los recursos terapéuticos del entorno natural y social. Para lograr esto, se propone generar las bases sociales de un sistema complementario intercultural de atención a la salud.

Que es cultura:

Es un conjunto de rasgos compartidos y transmitidos por un determinado grupo humano, que sirven para organizar su forma y estilo de vida e identificar al grupo para diferenciarlo de otros grupos humanos. El grupo humano que comparte una misma cultura puede recibir distintos nombres según el contexto cultural, social o político, en que ello ocurre: **etnia, pueblo, ayllu, tenta, comunidad, marca, nación, país.**

Esta es una característica de la persona, sea como práctica individual o colectiva, "Cultura es todo lo que el ser humano hace en sus múltiples expresiones" costumbres religiosas, sociales, laborales etc. Por ejemplo, algunos grupos étnicos o religiosos tienen prácticas que pueden aumentar el riesgo de enfermarse o morir, grupos que no aceptan tratamiento médico basado en medicamentos o procedimientos quirúrgicos, las transfusiones de sangre, etc. También en relación a la variable "cultura" es importante considerar las barreras idiomáticas que limitan el acceso de grupos poblacionales a los servicios de salud, asimismo, ahí se

consideran prácticas, estilos de vida y los culturales que pueden aumentar el riesgo de ciertos daños a la salud (tabaquismo, drogadicción, etc.).

Una cultura no evoluciona si no es a través del contacto con otras culturas, los contactos *-médicos tradicionales y médicos convencionales-* pueden tener características muy diversas, por esta razón resaltamos que en la actualidad se impulsa la interculturalidad que supone una relación entre culturas diversas que al menos tienen un punto de partida en común. Tal el caso de los médicos tradicionales y convencionales. El punto de unión está en el servicio sanitario y el compromiso con la población para lograr más calidad de vida desde la consecución de la salud. Esta debe ser reproductiva y productiva en el contexto de su propia cultura, deberá ser una relación respetuosa y fraterna.

La cultura comprende los valores, actitudes, normas, ideas, hábitos y percepciones así como formas o expresiones concretas que se adoptan y que en gran medida son compartidas entre un grupo de personas. Los niños aprenden la cultura y también contribuyen a su transformación.

Podemos decir a cerca de las culturas:

- Las culturas no son estáticas, tampoco compartimientos cerrados
- Las culturas no son excluyentes en muchos de sus rasgos recogen a otros miembros.
- Alguien puede existir a la vez en la cultura Aymará y a la boliviana en otros.

Medicina tradicional:

Para este efecto se crea el Vice ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad el 8 de marzo de 2006 mediante Decreto Supremo N° 28 631, para desarrollar políticas, planes y proyectos de interculturalidad en salud y la revalorización de la Medicina Tradicional. Con este mandato, la primera tarea es comprometer a los y las

actores principales de este proceso, el personal de salud en todas sus instancias y fundamentalmente al sector público.

La medicina tradicional es un conjunto de saberes y conocimientos, habilidades y destrezas, de manejo holístico, armónico y equilibrado en la práctica médica, del hombre con su entorno natural y espiritual, presentes en el tiempo.

El Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es incluyente de la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígenas originarios campesinos. Por ello el Ministerio de Salud y Deportes, tiene como visión que el Sistema Único de salud y el nuevo modelo SAFCI sea de acceso universal, respetuoso de las culturas indígenas y originarias, enriquecido con la medicina tradicional, inclusivo, equitativo, solidario y de calidad, descentralizado, conducido y liderado por el Ministerio de Salud y Deportes como cabeza de sector, que actúa sobre las determinantes de salud, con la participación de una población con hábitos saludables y pleno ejercicio de su derecho a la salud que promueve y se constituye en espacio de organización y movilización socio-comunitaria del Vivir Bien.

Uno de los rasgos preponderantes en este tipo de medicinas es su visión integral y holística, que se traduce en una concepción de la salud basada en las interrelaciones entre seres humanos, comunidad y la madre tierra, además del equilibrio del medio ambiente y el territorio. Es a partir de esta comprensión de la naturaleza, que los terapeutas tradicionales han establecido una clasificación de las plantas medicinales de acuerdo a su composición y utilización, entrelazando estos conceptos con lo mágico y místico de la cosmovisión de los pueblos originarios y campesinos.

La practica medica de salud realizada por los médicos tradicionales en nuestro medio se realiza en función de la necesidad de la población de mantener costumbres transmitidas de generación en generación y la incursión de varias costumbres que por la zona fronteriza en la que nos encontramos han venido y son esas personas quienes han creado un mercado de venta de hierbas y otros productos necesarios para el tratamiento de acuerdo a ésta práctica.

Medicina Intercultural:

Práctica y proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención o consejería) sean satisfactorios para las dos partes.

Nos referimos a la interculturalidad como un paradigma, como un fenómeno comunicacional, como disciplina y como alternativa de entendimiento para solucionar los problemas de salud que compartimos en ambas culturas.

La interculturalidad como una de las bases fundamentales para las respuestas a las desigualdades sociales, en salud y culturales, que permita lograr acceso a servicios más equitativos, justos, sin discriminación y que la población tenga la posibilidad real de escoger el tipo de atención que prefiere, sea por su origen étnico, su preferencia técnica o inclusive por su empatía por una de las dos posibilidades, que no son excluyentes, sino y fundamentalmente complementarias.

Sistemas Médicos:

- a) Modelo médico alternativo.- Es el arte del tratamiento de la persona y no la enfermedad, mediante el tratamiento individual como la medicina natural, la acupuntura y la herbolaria.

- b) Modelo médico tradicional.- En el cual se encuentra la medicina indígena, que es subordinada a la medicina moderna.

Medicina convencional.- Es conocida como aquella que utiliza tratamientos médicos que están científicamente comprobados, por lo que se deduce que son efectivos y seguros.

Algunas diferencias entre biomedicina y medicina tradicional:

La biomedicina ha tenido una trayectoria histórica que desde sus comienzos, las técnicas es los tratamientos van de la mano con los avances científicos occidentales, buscando relaciones comprobables de causa efecto para explicar la presencia de la enfermedad. En cambio, la medicina tradicional ha tenido tanta trayectorias históricas como culturales.

Las diferencias entre la medicina tradicional y la biomedicina pueden verse fundamentalmente en sus concepciones de enfermedad, tratamientos y la entrevista terapéutica.

La biomedicina comprende la causa de la enfermedad como la acción producida por agentes infecciosos o un mal funcionamiento fisiológico, bajo una visión mecanicista fija la vista en el órgano enfermo o los desordenes químicos del organismo.

La medicina tradicional en ocasiones explica el origen de la enfermedad producto de la trasgresión normas culturales, en otras ocasiones, también posee explicaciones naturalista de la enfermedad en cuanto a desordenes biológicos y ambientales, y en sus explicaciones a la presencia de la enfermedad existe una visión holística que fija la vista en el conjunto que constituye al sujeto enfermo.

V.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

En la comunidad de Chiquiacá entre la medicina convencional y la tradicional no existe ningún nexo de comunicación, ni coordinación, es más, existe un declarado antagonismo entre los prestadores de servicios de estos sistemas médicos.

Es evidente que existen estudios referidos a la interculturalidad en América latina y también en Bolivia, sin embargo estos estudios tienen un marco teórico importante y

no siempre se refieren a situaciones concretas de lo local, como es un establecimiento de salud.

Las políticas públicas están sistemáticamente siendo implementadas a un ritmo que si seguimos así, nos llevara muchos años para su implementación, esto debido a que los servidores públicos no están suficientemente informados al respecto en unos caso y, en otros, ya que hay una razonable resistencia al cambio que podría implicar un desajuste en el cotidiano de su hacer profesional.

Esta claramente establecido que los servicios de salud deben articular la medicina tradicional con la convencional, sin embargo no hay orientaciones metodológicas concretas de cómo hacerlo y esta circunstancia deja una brecha importante en la práctica de la política del SAFCI.

No sabemos con certidumbre lo que siente los y las personas de la comunidad respecto a los cambios estructurales que propone el gobierno y esta podrá ser una razón explicable de la resistencia o el paradigma de una medicina occidental que a título de “evidencia científica” desvalorizamos lo que la medicina tradicional ancestralmente nos está ofreciendo.

No significa que la práctica tradicional es suficiente ni es excluyente, se trata de ver los mecanismos de coordinación y generar una sinergia entre las dos opciones, es decir la medicina tradicional y la medicina convencional.

Pese a la protección legal que tiene como mandato la articulación entre la medicina tradicional y la medicina convencional aparece una resistencia razonable de parte del personal y la población misma, es posible que se deba a que no tienen suficiente información o no comprende la importancia de hacer de ambas medicinas una sinergia.

Por otra parte, la población no ha recibido información de parte de las autoridades de gobierno y no se ha realizado eventos de información en el ámbito local, todo lo que se sabe es a través de los medios de difusión masiva como la radio.

Una consecuencia inmediata es la falta de coordinación y articulación entre la medicina tradicional y la medicina convencional.

VI.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es el proceso de interculturalidad para la población usuaria del Centro de Salud Chiquiacá Agosto de la Gestión 2011?

VII.- JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO:

La problemática de la salud es, sin duda, una de las mayores preocupaciones que priman en nuestra sociedad actual. Esa misma preocupación no es ajena a los pueblos indígenas que, hasta hoy, padecen una situación de vulnerabilidad clara en el campo de la salud –y en otros. Un elevado nivel sanitario, una mejora en la calidad de vida de las personas son metas que todos los países desean obtener mediante determinadas políticas. Los pueblos indígenas aspiran también a conseguir esas metas.

Una de las razones principales de esta situación de vulnerabilidad es, por una parte, el abandono y la falta de acceso a los recursos públicos y, por otra, la imposición de un sistema de salud ajeno que no se adecua a la idiosincrasia cultural de estas poblaciones. Es necesario que se pongan en marcha verdaderas líneas de aplicación interculturales para Centros de Salud y Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo que trabajen en poblaciones indígenas.

En estos últimos años, los proyectos de cooperación en salud en áreas indígenas reproducían –salvo honrosas excepciones– el sistema de salud emanado por los Estados y se copiaban las pautas y esquemas de infraestructuras de salud que se podían dar en zonas urbanas o urbano-marginales. Se imponía la medicina “académica” en detrimento de las prácticas locales de salud. Otros muchos proyectos

“jugaban” con la introducción de figuras como parteras nativas, chamanes o yerberos/as para dar ese “toque” de interculturalidad a sus programas.

En el caso de las instituciones de salud, se cuestiona por los usuarios de los servicios la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son objeto, aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal.

Esto influye en el desapego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y de resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural. Por todo lo anterior, los principios de la interculturalidad entendida como un proceso de interacción entre personas, permiten fortalecer la identidad propia, la autoestima, la valoración de la diversidad y las diferencias.

No existen estudios en el nivel local referidos a como la gente está encarando los cambios estructurales del Estado Plurinacional Boliviano y esto da una debilidad importante a los procesos de aplicación concreta a nivel del establecimiento de salud.

No existe una articulación ni coordinación entre prácticas de la medicina tradicional y la medicina convencional, pese a tener como mandato constitucional, las resistencias se dan por qué no se sabe y menos con evidencia científica. Este estudio proporciona información necesaria al menos para sensibilizar al personal de salud con base a lo que piensa y siente la población misma.

VIII.- OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Establecer si el proceso de interculturalidad son satisfactorios para la población usuaria del Centro de Salud Chiquiacá durante la gestión 2011.

Objetivos Específicos:

- Determinar los factores que influyen en el proceso de la Interculturalidad.
- Determinar si los usuarios tiene información sobre la articulación de la Medicina Tradicional y la Medicina Científica
- Elaborar un Proyecto de Intervención en el marco de los resultados de la investigación.

IX.- MARCO METODOLÓGICO:

Tipo de Investigación:

Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo de tipo Transversal, porque se describirá si el proceso de interculturalidad son satisfactorios para la población usuaria, elementos que servirán como base para proponer un modelo para avanzar en la formación de competencias para la interculturalidad y elementos para orientar para la implementación del nuevo modelo de salud SAFCI.

Población:

200 padres y madres de familia que habitan en la comunidad de Chiquiaca, provincia O`connor del municipio de Entre Ríos, Tarija.

Técnicas de Investigación:

Comprende la elaboración de los instrumentos. Validación de los instrumentos.

Se utilizó encuestas tipo cuestionario con 15 preguntas abiertas y cerradas.

El cuestionario se aplicó solo a los padres y madres de familia, para obtener información si conocen el del proceso de interculturalidad.

Sujetos y Fuentes de Información:

Son los padres y madres de familia.

Universo:

Compuesto por el total de jefes de familia de la comunidad que aproximadamente son 200 personas entre padres y madres

Muestra:

Se tomo en cuenta los siguientes criterios para la muestra:

La muestra se ha considerado el total de padres y madres de familia de la comunidad de Chiquiaca.

Se ha considerado una probabilidad de encontrar a una persona con información de interculturalidad de 20% y un 80% de no hacerlo. Para el nivel de confianza se ha considerado 95% con esto criterios y basados en una hoja de cálculo Excel propuesta por el Lic. Pablo Sánchez Villegas. Logramos un total de 111 padres de familia como el tamaño muestral, pero para consistencia del trabajo se encuestó a 170 padres y madres de familia porque se ha tenido una buena participación de los mismos.

Descripción de los Instrumentos:

Elaboramos un cuestionario semi-estructurado para la población usuaria del establecimiento de salud de Chiquiaca, busca recoger datos sobre si el proceso de interculturalidad son satisfactorios para la población usuaria.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación consideró las previsiones para cumplir con los principios fundamentales de la ética de investigación en seres humanos, recomendada en la declaración de Helsin.

Voluntariedad

Las personas fueron invitadas a participar del estudio y completar la información voluntariamente consignada en la encuesta. Se les expuso los objetivos del estudio y

los procedimientos que serán empleados. Las personas participantes no recibieron ningún premio por participar, ni castigo o represalia por no hacerlo.

Información

Fueron informadas de los objetivos y alcances de la investigación y con base a esta información han optado por su derecho de aceptar o no la aplicación de la encuesta o retirarse en el momento que deseen y de los procedimientos y los usos que se dará al estudio. Además, por el tipo de estudio no implicó riesgo o beneficio potenciales de participar en el estudio.

Confidencialidad

Se protege la identidad de la personas. Ningún informe total o parcial tendrá identificarlas individuales y solo el investigador principal y las investigadoras asociados tendrán acceso a la información original.

Conocimiento de riesgos y beneficios potenciales

Este estudio no prevé riesgos de tipo físico, social ni legal para los padres participantes y más bien pueden existir beneficios que se muestren en la articulación de la Medicina Tradicional y Convencional.

X.- RESULTADOS:

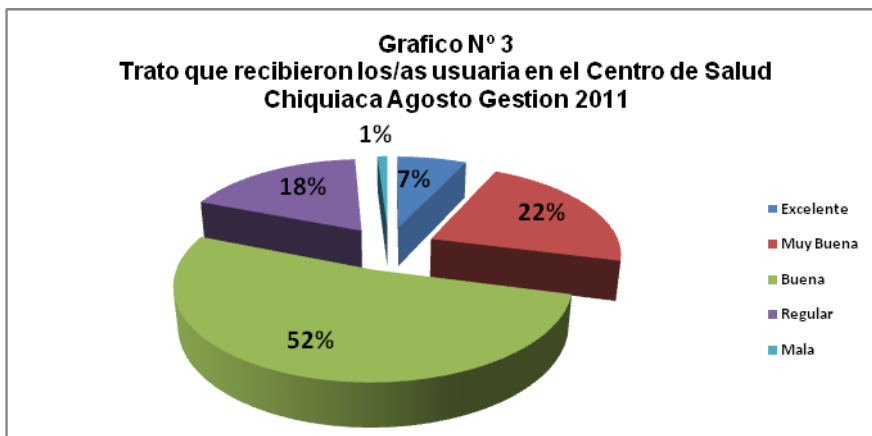


Las unidades de análisis o población en estudio están compuestas por los padres y madres de familia de la comunidad de Chiquiaca, el promedio de edad es de 40 años con un máximo de 65 y un mínimo de 15 años de edad, del total pertenecen al sexo masculino 41% y 59% al femenino. 88,3% viven con su pareja y el otro 11,7% sin Pareja



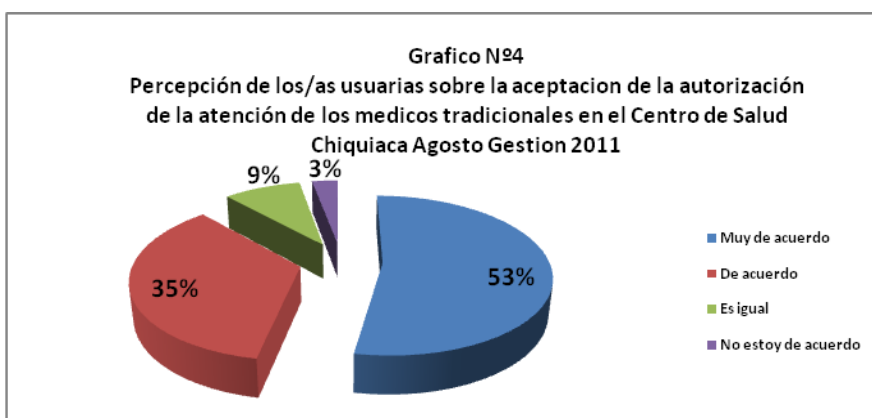
El motivo de consulta de los/as usuarias al Centro de salud es por enfermedad con un 59% seguido por consulta para sus hijos con un 22%

Sigue siendo la consulta por enfermedad la que predomina a costa de control a la salud, esto implica que hay una demanda basada en la enfermedad más que el cuidado de la salud, llama la atención que sumados las variables de acompañante, salud de mi hijo/a y el pago al bono sea una razón considerable.



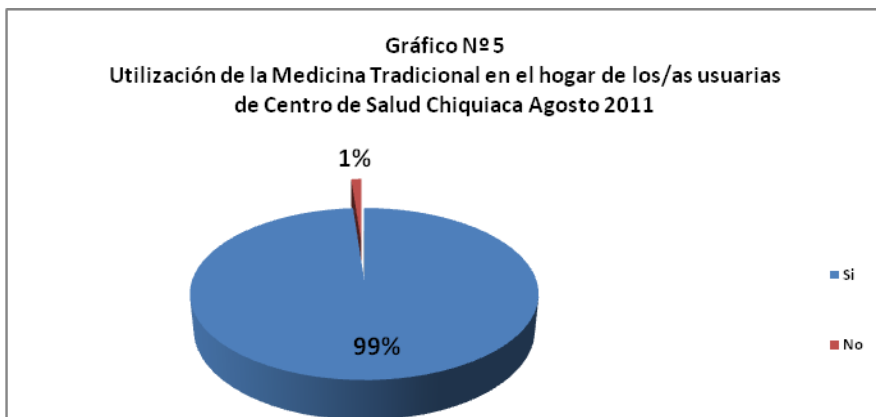
El trato que reciben los/as usuarias del Centro de salud de Chiquiacá por parte del médico es Buena con un 52% también hay un porcentaje de 18% es Regular influyendo en la falta de asistencia a dicho servicio de Salud, porque a veces no se respeta sus costumbres y preferencia de acudir primero a un médico tradicional.

En el caso de las instituciones de salud, los usuarios de los servicios se cuestiona la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación son aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal.



Las/os usuarios están de acuerdo en que las autoridades autoricen a los médicos tradicionales trabajen en el Servicio de Salud con un 53% para que solucionen su problema de salud más rápidamente y así evitar las complicaciones, ya que

anteriormente se buscaba al curandero para problemas que ellos tradicionalmente saben curar. Pero el problema es que las autoridades de la comunidad en su totalidad no tienen mucho interés en salud y por ende no coordinan con el servicio de salud, esto hace que ambas medicinas no se articulen.

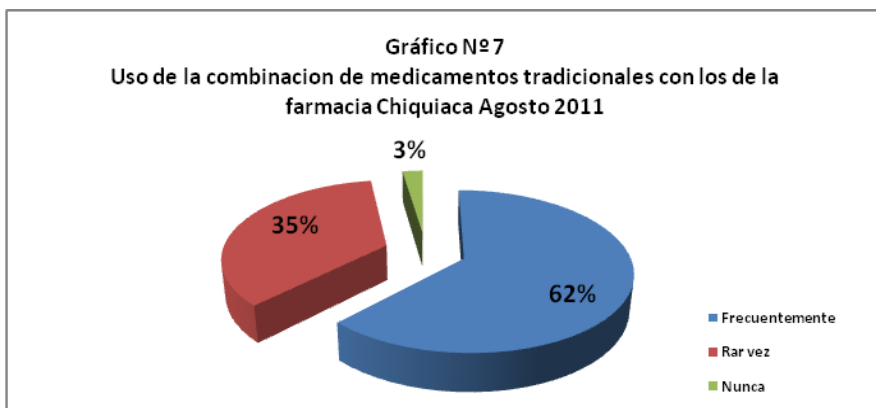


Del total de los/as usuarias entrevistadas utilizan de una u otra forma la Medicina Tradicional en sus hogares con un 99% refiere que la mayoría de los entrevistados han solucionado su problema de salud con el uso de la medicina tradicional como ser las vaporizaciones con manzanilla cuando hay tos.

Cuadro N° 6
Propiedades medicinales de medicamentos naturales Chiquiaca Agosto 2011

Planta	Uso
Manzanilla	Desinflamante, dolor de estómago, resfrió
Eucalipto	Para la tos
Llantén	Inflamación de riñones, mal de orina
Cola de caballo	Desinflamante para el riñón
Ajenjo	Dolor de estomago
Tusca	Desinflamante para golpes o heridas en fomentos
Quina	para golpes o heridas
Poleo	Dolor de estomago
Ediondilla	Para diarreas
Ruda	mal viento, cruce de viento
Poleo	Dolor de estomago

Como se observa en el cuadro las usuarias si utilizan las plantas medicinales para tratar diferentes molestias que presenten, refieren que la costumbre de utilizar medicamentos naturales se está perdiendo, le es más fácil acudir al servicio de salud para su pronta resolución de sus problemas.



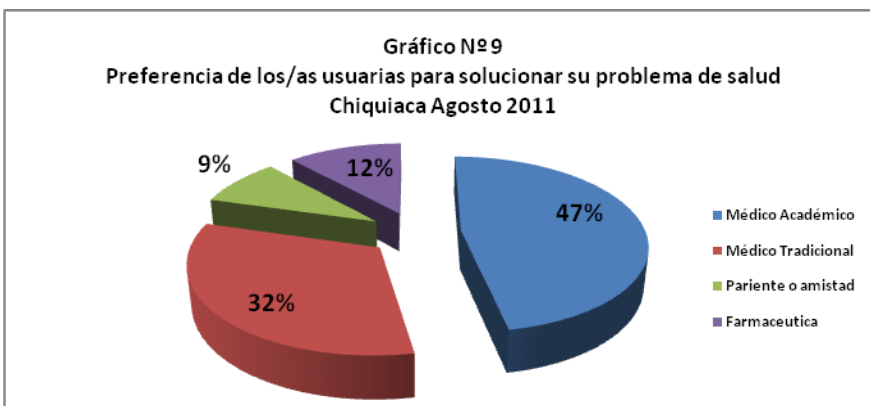
La mayoría de los/as usuarias utilizan medicamentos tradicionales juntamente con los de la farmacia con un 62% frecuentemente todas las personas refiere que utilizan la medicina tradicional como por ejemplo se utiliza la manzanilla para el resfrió y dolor de estómago lo toman conjuntamente con medicamentos que le receta el

médicocientífico y un 35% Rara vez porque no tienen confianza en las hierbas, no son tan efectivas.

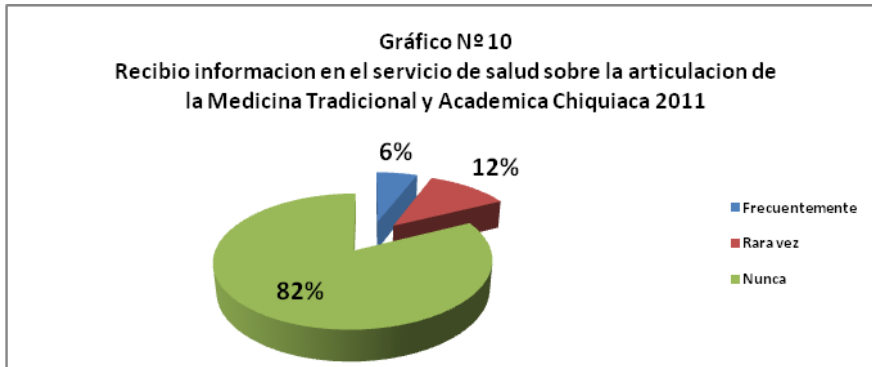


Los/as usuarias están muy de acuerdo con que ambas medicinas trabajen en coordinación donde se dé la referencia y la contra referencia para la solución pronta de sus problemas de salud.

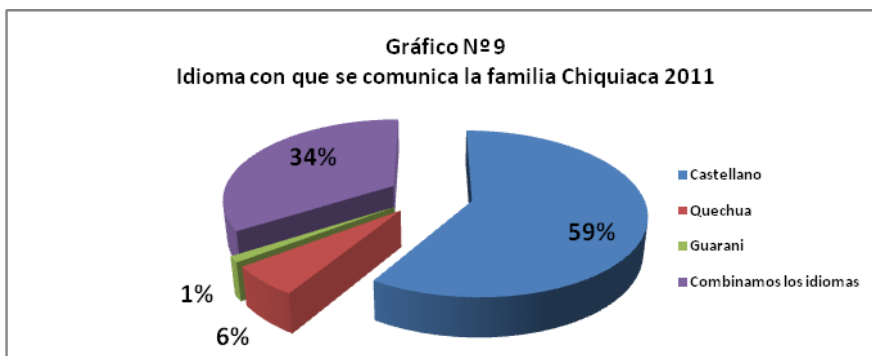
Pese a una protección legal que tiene como mandato la articulación entre la medicina tradicional y la medicina convencional aparece una resistencia razonable de parte del personal y la población misma, es posible que se deba a que no tienen suficiente información o no comprende la importancia de hacer de ambas medicinas una sinergia.



Del total de los/as usuarias el 47% indicaron que acuden al médico Académico con una diferencia de 32% buscarían al médico tradicional porque están en las comunidades donde ellos viven.



En este gráfico se observa que el personal de salud no se está promocionando sobre la articulación de la medicina tradicional con la académica con un 82%. Por otra parte, la población no ha recibido información de parte de las autoridades de gobierno y no se ha realizado eventos de información en el ámbito local, lo poco que se sabe es a través de los medios de difusión masiva como la radio. Una consecuencia inmediata es la falta de coordinación y articulación entre la medicina tradicional y la medicina convencional.



En la comunidad de Chiquiacá la mayoría habla el castellano con un 59% y la combinación de los idiomas con un 34%. Lo cual no es una barrera para la atención y para poder orientar sobre el proceso de interculturalidad en las usuarias y a la población en general.

XI.- CONCLUSIONES:

La población en estudio está compuesta por los padres y madres de familia de la comunidad de Chiquiaca, el promedio de edad es de 40 años con un máximo de 65 y un mínimo de 15 años de edad, del total pertenecen al sexo masculino 41% y 59% al femenino. 88,3% viven con su pareja y el otro 11,7% sin Pareja

El motivo de consulta de los/as usuarias al Centro de salud es por enfermedad con un 59% seguido por consulta para sus hijos con un 22%

Sigue siendo la consulta por enfermedad la que predomina a costa de control a la salud, esto implica que hay una demanda basada en la enfermedad más que el cuidado de la salud.

El trato que reciben los/as usuarias del Centro de salud de Chiquiacá por parte del médico es Buena con un 52% también hay un porcentaje de 18% es Regular influyendo en la falta de asistencia a dicho servicio de Salud

En el caso de las instituciones de salud, las/os usuarios de los servicios se cuestiona la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación son aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal.

Las/os usuarios están de acuerdo en que las autoridades autoricen a los médicos tradicionales trabajen en el Servicio de Salud con un 53% para que solucionen su problema de salud más rápidamente y así evitar las complicaciones, ya que anteriormente se buscaba al curandero para problemas que ellos tradicionalmente saben curar.

Las autoridades de la comunidad en su totalidad no tienen mucho interés en salud y por ende no coordinan con el servicio de salud, esto hace que ambas medicinas no se articulen.

Los/as usuarias entrevistadas utilizan de una u otra forma la Medicina Tradicional en sus hogares con un 99% y tiene conocimientos del uso de plantas medicinales. Sin haber logrado medir su efectividad de las mismas.

Los/as usuarias utilizan medicamentos tradicionales juntamente con los de la farmacia con un 62% frecuentemente todas las personas refieren que utilizan la medicina tradicional como por ejemplo se utiliza la manzanilla para el refrió y dolor de estómago lo toman conjuntamente con medicamentos que le receta el médico científico y un 35% Rara vez porque no tienen confianza en las hierbas, no son tan efectivas.

Las/os usuarios están muy de acuerdo con que ambas medicinas trabajen en coordinación donde se dé la referencia y la contra referencia para la solución pronta de sus problemas de salud.

Pese a una protección legal que tiene como mandato la articulación entre la medicina tradicional y la medicina convencional aparece una resistencia razonable de parte del personal y la población misma, es posible que se deba a que no tienen suficiente información o no comprende la importancia de hacer de ambas medicinas una sinergia.

Del total de los y las usuarias el 47% indicaron que acuden al médico Académico con una diferencia de 32% buscarían al médico tradicional porque están en las comunidades donde ellos viven.

El personal de salud no está promocionando sobre la articulación de la medicina tradicional con la académica con un 82% Por otra parte, la población no ha recibido información de parte de las autoridades de gobierno y no se ha realizado eventos de información en el ámbito local, lo poco que se sabe es a través de los medios de difusión masiva como la radio.

En la comunidad de Chiquiacá la mayoría habla el castellano con un 59% y la combinación de los idiomas con un 34%. Lo cual no es una barrera para la atención y

para poder orientar sobre el proceso de interculturalidad en las usuarias y a la población en general.

XII.- RECOMENDACIONES:

Generar un programa de sensibilización comunitaria para que la población busque atención para el cuidado de su salud más que para curar o remediar la enfermedad.

El trato que reciben los/as usuarias debe llegar a niveles más óptimos mediante la resolución de sus problemas.

Brindar una atención de calidad y calidez respetando sus costumbres y culturas.

Coordinar con las autoridades de la comunidad para que el médico tradicional se involucre en el trabajo que realiza los centros de salud convencionales.

Que los gobiernos, incorporen a los conocedores de la medicina tradicional en los programas de salud; como también se apruebe el uso de medicamentos científica y socialmente aceptables, como son muchas de nuestras plantas y preparados tradicionales.

Que el personal de salud este comprometido con la socialización del nuevo modelo de salud SAFCI, para consolidar las políticas nacionales en forma permanente y dar solución de la problemática actual mediante la articulación de los sistemas médicos.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Es muy evidente en el que hacer de los primeros niveles de atención en salud del área dispersa de nuestro país el hecho que la primera consulta médica, la realicen los médicos tradicionales, como dicen los estudios en un 70 % los mismos casos que son resueltos utilizando medicamentos tradicionales. Estos datos demuestran la preferencia por la medicina tradicional y la vigencia de este sistema de salud alternativo que da soluciones a bajos costos de una manera no invasiva y colmando las expectativas de los usuarios.

La inaccesibilidad cultural es un aspecto que poco se ha encarado en los servicios de salud, hasta este momento. Sin embargo, en la realidad es evidente que existe un choque entre la medicina oficial y la concepción del proceso salud-enfermedad de la población indígena, que redundan en una serie de problemáticas en los servicios de salud y en la cobertura de la asistencia.

No podemos negar que las raíces indígenas de todos los estantes y habitantes de Chaco y por ende su cultura y concepciones propias del proceso salud enfermedad, así como prácticas que son ejercidas por sus Médicos Tradicionales que ejercen servicios entre la población.

En este acápite se planteará los mecanismos a emplear para intervenir y lograr concientizar a la población sobre el proceso de interculturalidad mejorando la salud de la población más vulnerable de la comunidad de Chiquiaca respetando las costumbres y creencias culturales.

ANÁLISIS DE BENEFICIARIOS:

Los beneficiarios de la propuesta de intervención son:

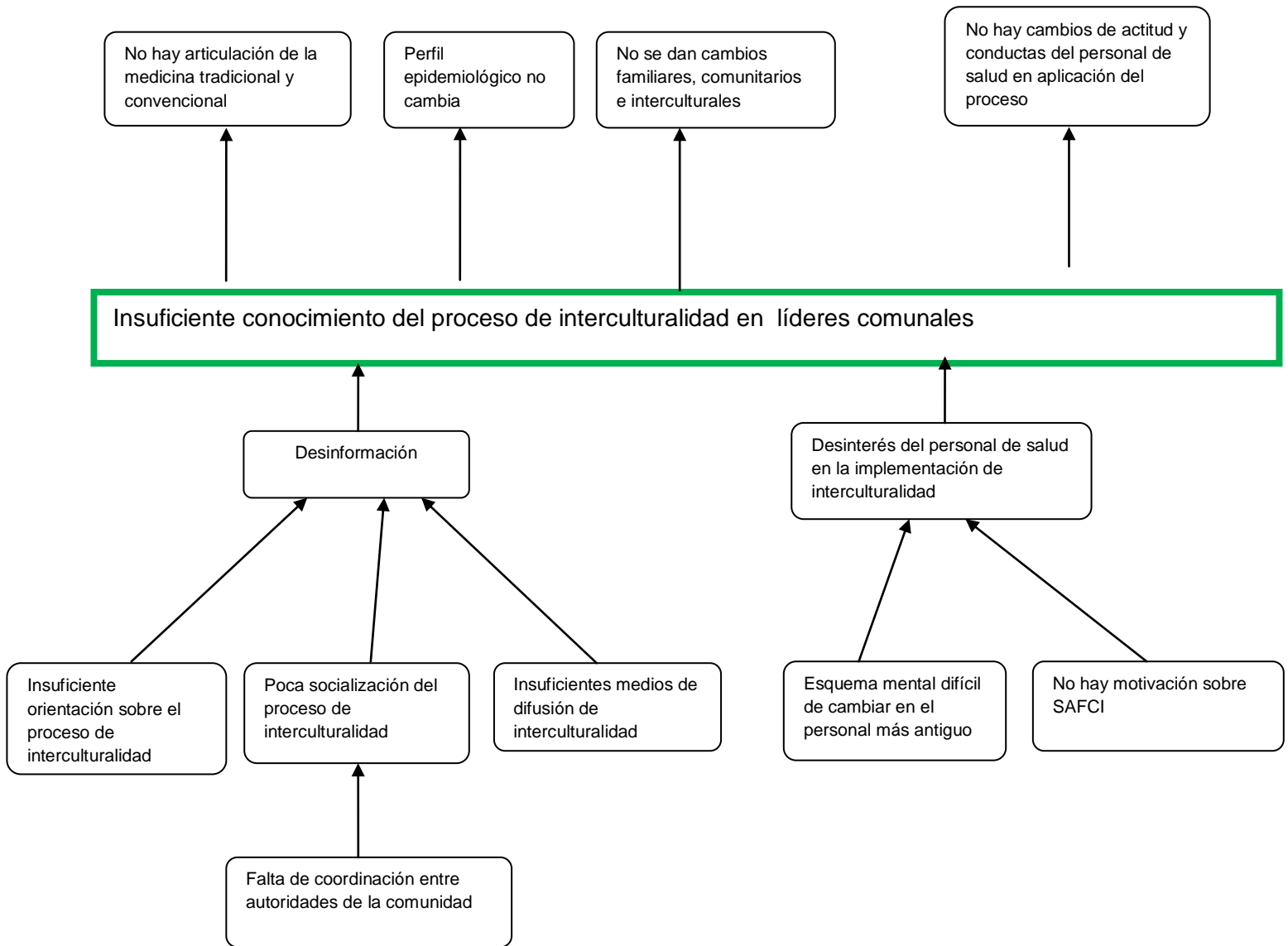
Los Líderes comunales	La familia, perteneciente a las comunidades de cobertura del centro de salud.	La población no Líder	Las instituciones cooperantes por tener un modelo que no coincide con el modelo actual de salud.
-----------------------	---	-----------------------	--

ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD:

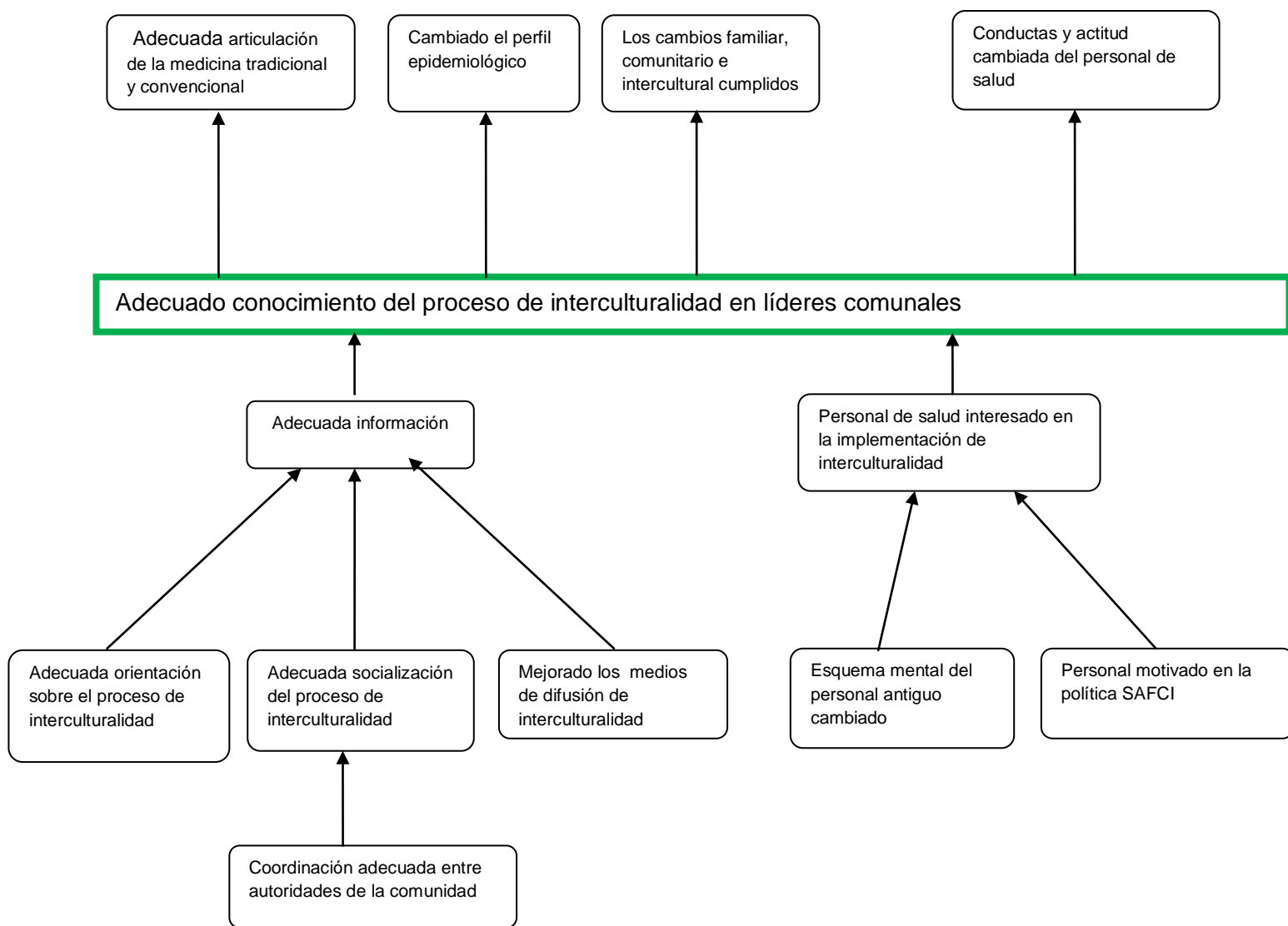
Los recursos financieros serán obtenidos a través del POA propuestos en la presente gestión.

Sera el personal de salud los actores principales en los procesos de sensibilización y capacitación hacia los lideres, con base a su responsabilidad de extensión comunitaria.

ÁRBOL DE PROBLEMAS:



ÁRBOL DE OBJETIVOS:



MATRIZ LÓGICA:

Objetivos	Indicadores	Fuentes de verificación	Hipótesis
GENERAL Contribuir a la articulación de la medicina tradicional con la convencional	70 % de los médicos tradicionales articulan la medicina tradicional con la convencional al finalizar la gestión 2012	1.- Actas de reuniones y compromiso. 2.- Actas de capacitación, 3.- Listas de asistencia 4.- Boletas de referencia y contra referencia. 5.- Informes de estadísticas de casos atendidos por ambas medicinas.	
ESPECIFICO Realizar un programa de educación continua del proceso de interculturalidad en líderes comunales	1.- El 70% de los líderes comunales socialización la implementación del nuevo modelo SAFCI. 2.-Elaborado instrumentos interculturales de recolección de la información para los líderes comunales.	1.- Actas de promoción del nuevo modelo SAFCI. 2.- Actas de compromiso en el envío de la información referente a la socialización y promoción de la salud intercultural.	Hay estabilidad social y política en la región
RESULTADOS R.1 Proceso de interculturalidad en los líderes comunales es aplicado R.2 Elaborada una cartilla para la gestión intercultural con líderes. R.3 Médicos tradicionales capacitados en atención intercultural	70% de líderes comunales acompañan el proceso de interculturalidad en el servicio de salud. Está funcionando efectivamente la asistencia de médicos tradicionales en el servicio de salud Elaborada la cartilla intercultural lista para su aplicación 70% de los médicos tradicionales están certificados en atención intercultural. 70% de médicos tradicionales están acreditados al servicio de salud.	1.-Actas de reuniones 2.-Lista de asistentes 3.-Fotos. 4.- Actas de Charlas 5.- Listas de participantes 1.- 3 reuniones al año programadas. 2.- Un libro de actas consolidado 3.- 2 charlas educativas sobre proceso de interculturalidad programadas al mes.	El modelo de atención SAFCI esta fortalecido en la región
ACTIVIDADES Para R.1 Proceso de interculturalidad en los líderes comunales es aplicado A.1.1 Reuniones con líderes comunales para la conformación de los Aliados Locales de Salud (ALS) y el Comité de Salud. A.1.2 Designación de responsables para la capacitación a líderes de la comunidad. A.1.3 Talleres de sensibilización con respecto a la importancia del trabajo en equipo entre el personal de salud y líderes comunales. A.1.4 Talleres de capacitación en el	1.- 3 reuniones al año. 2.- El 70% de los líderes trabajan en coordinación con el personal de salud. 3.- 3 capacitaciones a lideres sobre el nuevo modelo SAFCI. 4.-Numero de solicitudes de afiches y cartillas sobre Interculturalidad. 5.- Realización de una Feria educativa Intercultural.	1.- Listas de asistentes firmadas y aprobadas. 2.- Actas firmadas y selladas. 3.- Fotografías	Presupuesto oportuno acorde a las necesidades Los desastres producidos por la naturaleza no afectan la realización de las actividades.

<p>nuevo modelo SAFCI para líderes comunitarios.</p> <p>Para R.2 Elaborada una cartilla para la gestión intercultural con líderes.</p> <p>A2.1 Diseñar o adaptar una cartilla para el nivel de los médicos tradicionales locales</p> <p>A.2.2 Gestionar ante las autoridades para la impresión de 100 ejemplares</p> <p>A.2.3. Difundir la cartilla en proceso de capacitación con líderes y la comunidad.</p> <p>A.2.4. Realizar feria educativa intercultural.</p> <p>Para R.3 Médicos tradicionales capacitados en atención intercultural</p> <p>A.3.1 Coordinar con autoridades de los médicos tradicionales.</p> <p>A.3.2 Elaborar una ficha de encuesta o solicitar al SEDES</p> <p>A.3.3 Levantar un censo local de médicos tradicionales.</p> <p>A.3.4 Preparar u organizar el taller</p> <p>A.3.5 Realizar 4 talleres al año.</p> <p>A.3.6 Realizar seguimiento a los y las participantes del taller.</p> <p>A.3.7 Elaborar un informe a las autoridades de las actividades realizadas.</p>			
---	--	--	--

CRONOGRAMA:

ACTIVIDADES	meses												OBSERVACIONES	
	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A		
Ajustar el perfil del proyecto de intervención.	X	X												
Reuniones con líderes comunales para la conformación de los Aliados Locales de Salud (ALS) y el Comité de Salud.					X			X					X	
Designación de responsables para la capacitación a líderes de la comunidad.					X									
Talleres de sensibilización con respecto a la importancia del trabajo en equipo entre el personal de salud y líderes comunales.					X				X					
Talleres de capacitación en el nuevo modelo SAFCI.							X			X		X		
Gestionar cartillas o afiches sobre interculturalidad.					X			X						
Realizar feria educativa intercultural.											X			
Coordinar con autoridades de los médicos tradicionales.					X									
Elaborar una ficha de encuesta o solicitar al SEDES					X									
Levantar un censo local de médicos tradicionales.								X						
Preparar u organizar el taller				X										
Realizar 4 talleres a médicos tradicionales al año.					X		X		X					
Realizar seguimiento a los y las participantes del taller.													X	
Elaborar un informe a las autoridades de las actividades realizadas.													X	

PRESUPUESTO:

PRESUPUESTO PROYECTO conocimiento del proceso de interculturalidad en líderes comunales						
Detalle	BOLIVIANOS					TOTAL
	UNIDAD	CANTIDAD	DIAS	VECES	UNITARIO	
R.1 Proceso de interculturalidad en los líderes comunales es aplicado						
A.1 Reuniones con líderes comunales para la conformación de los Aliados Locales de Salud (ALS) y el Comité de Salud.	Persona	15	1	3	20	900
A.2 Designación de responsables para la capacitación a líderes de la comunidad.	Persona	1	3	3	600	5400
A.3 Talleres de sensibilización con respecto a la importancia del trabajo en equipo entre el personal de salud y líderes comunales.	Persona	6	1	2	50	600
A.4 Talleres de capacitación en el nuevo modelo SAFCI para líderes comunitarios.	Persona	15	3	3	50	6750
R.2 Elaborada una cartilla para la gestión intercultural con líderes.	Pieza					
A.1 Diseñar o adaptar una cartilla para el nivel de los médicos tradicionales locales.	Pieza	10			50	500
A.2 Gestionar ante las autoridades para la impresión de 100 ejemplares.	Pieza	100		1	25	2500
A.3 Difundir la cartilla en proceso de capacitación con líderes y la comunidad.	Evento					0
A.4 Realizar feria educativa intercultural.	Evento	1	1	1	700	700
R.3 Médicos tradicionales capacitados en atención intercultural						
A.1 Coordinar con autoridades de los médicos tradicionales.	Persona					0
A.2 Elaborar una ficha de encuesta o solicitar al SEDES	Documento					0
A.3 Levantar un censo local de médicos tradicionales.	Persona					0
A.4 Preparar u organizar el taller	Persona					0

A.5 Realizar 4 talleres al año.	Evento	1	3	4	500	6000
A.6 Realizar seguimiento a los y las participantes del taller.						
A.7 Elaborar un informe a las autoridades de las actividades realizadas.						
VIAJES						
Viáticos	persona	15	3	4	30	5400
Pasajes terrestres	persona	16	1	4	30	1920
FUNCIONAMIENTO						
comunicaciones	mes	12	1	3	30	1080
Combustible	Lts	100	1	2	3.74	748
Gastos financieros	varios	1	1	3	400	1200
EQUIPAMIENTO						
Alquiler de Data Display	Equipo	1	1	2	500	1000
Impresora	Equipo	1	1	2	350	700
Cámara fotográfica	Equipo	1	1	1	900	900
Pizarras acrílicas	Pza.	1	1	2	300	600
TOTAL SOLICITADO						36898

Bibliografía

**Municipio de Entre Ríos, Tarija “Plan de Desarrollo Municipal 2008”, Entre Ríos,
Municipio de Entre Ríos, Tarija “Plan de Desarrollo Municipal 2008”, Entre Ríos,**

Municipio de Entre Ríos, Tarija “Plan de Desarrollo Municipal 2008”, Entre Ríos,

www.JGiaconi...-Cad.SaúdePúbl-SciELO Public Health 25 Julio 2011

www.jimzall.mx.tripod.com/MTRADICIONAL 25 julio 2011

www.eclac.org/celade/noticias/paginas/8/29208/OLagunaD.pdf 25 de julio 2011

**Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas
OMS/OPS new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-
VisionSaludInterculturalPI.pdf junio 2011**

INE 2001

WWW.imbiomed.com.mx/.../articulos.php junio 2011

**www.sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatria/v06_n2/pdf/a05.pdf julio
2011**

www.189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_interculturalidad_09.pdf julio 2011

**Hernández GL. Relación Médico-paciente y la calidad de la atención médica.
Rev CONAMED 2001; 9(20): pp. 25-29.)**

**Documento base para la interculturalidad y medicina tradicional en salud
msd/vmt-i/dmt-i/pnud elaboración: Dra. Alicia aliaga**

www.medicos.us/.../principales_tipos_de_medicina/ julio 2011

www.etnologiamericana.org/.../1-176%20salud%20e%20inter.pdf 13 Junio 2011

www.189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_interculturalidad_09.pdf julio 2011

ANEXOS:

1.- Instrumento de recolección de datos

Universidad Mayor de San Andrés

Facultad de Medicina, Nutrición, Enfermería y Tecnología Médico

Unidad de Posgrado

Especialidad Salud e Interculturalidad

Objetivo

“Establecer si el proceso de interculturalidad son satisfactorios para la población usuaria del Centro de Salud Chiquiacá”

Consentimiento informado:

Conociendo el objetivo de la encuesta y asegurando una máxima confidencialidad de su información. ¿Está Usted de acuerdo a completar la presente encuesta?

Si No

Agradezca a la persona y retírese con un saludo cordial.

Datos Generales:

Edad -----Años cumplidos sexo: Hombre Mujer Estado Civil: Casado/a
Sin pareja

Domicilio: Comunidad-----

1.- ¿Cuál es el motivo de su consulta al Centro de Salud?

a) Enfermedad b) Consulta para mi hijo/a c) Acompañante d) Control de Salud
e) Pago Bono

2.- El trato que recibió usted es:

a) Excelente b) Muy Buena c) Buena d) Regular e) Mala

3.- ¿A qué atribuye este trato?

a) Carácter del médico b) Es de mi misma Religión c) Es igual a mí

4.- Las autoridades de Salud autorizan a médicos TRADICIONALES (naturistas) atender en los centros de salud, está usted:

a) Muy de acuerdo b) de acuerdo c) Es igual d) No estoy de acuerdo

5.- Cuando un médico le receta medicina natural usted se siente:

a) Muy feliz b) No me gusta c) Es igual d) No estoy de acuerdo

6.- ¿En su hogar utilizan medicinas naturales?

Si NO

7.- Puede usted mencionar tres medicamentos naturales más usados en su casa:

1.- _____ 2.- _____

3.- _____

8.- Podrá indicarme cuales son las propiedades medicinales de estos medicamentos naturales que ha mencionado

Copiar los medicamentos mencionados en la pregunta anterior	Propiedades medicinales de estos medicamentos naturales que ha mencionado
1.-	
2.-	
3.-	

9.- Usted usa medicamentos tradicionales con los medicamentos que compra o le dan en la farmacia

a) Frecuentemente b) Rara vez c) Nunca

10.- Sabe usted que la ley manda a los médicos tradicionales (naturistas) trabajan en forma coordinada (conjunta) con los médicos académicos en los servicios de salud, está usted:

a) Estoy muy de acuerdo b) Me es indiferente c) Estoy en desacuerdo

11.- Para solucionar sus problemas de salud usted prefiere:

Un Médico Académico Un Medico Tradicional Un pariente o amistad
Una farmacéutica

12.- Ha recibido información de la necesidad de articular, coordinar o trabajen juntos los médicos tradicionales o naturistas con los médicos académicos en los servicios de salud

a) Frecuentemente b) Rara vez c) Nunca

13.- Los partos en la casa con una matrona o una partera tradicional son mejores que en el hospital, le parece:

a) Muy Buena b) Buena c) Regular d) Mala

14.- En qué idioma se comunican en su casa o entre la familia

a) Castellano b) Quechua c) Guaraní d) Combinamos los idiomas

15.- Y en qué idioma prefiere que le hablen los médicos y enfermeras cuando viene a consultar

a) Castellano b) Quechua c) Guaraní d) Combinados los idiomas

Muchas gracias por su cooperación. Los resultados serán conocidos por usted cuando tengamos los resultados.

2.- Mapa de la Provincia O'connor

