

Universidad Mayor de San Andrés
Facultad de Medicina, Nutrición, Enfermería y Tecnología Médica
Unidad de Post Grado
Especialidad en Interculturalidad y Salud

Título

MOTIVO POR QUE LA POBLACIÓN NO ACEPTA UNA INTERVENCIÓN QUIRURGICA EN EL HOSPITAL MUNICIPAL DE “TIQUIPAYA” COCHABAMBA - 2010

Proponente: Humberto Felipe Navia

TUTOR: Carlos Tamayo Caballero

Para optar: ESPECIALIDAD EN INTERCULTURALIDAD Y SALUD

Cochabamba – Bolivia

2010

DEDICATORIA:

**A MIS HIJOS FRANZ, A MIS COLABORADORES. A MIS SERES QUERIDOS
QUE ME HAN ABANDONADO EN LO FISICO PERO SIENTO SU APOYO POR
INTERMEDIO DE DIOS PADRE.**

AGRADECIMIENTOS:

A TODOS LOS MEDICOS TRADICIONALES, ACADEMICOS Y A LOS DOCENTES
RESPONSABLES DE LA ESPECIALIDAD DE INTERCULTURALIDAD Y SALUD.

A DIOS PADRE POR DARME FORTALEZA Y SUPERACION PROFESIONAL.

A TODOS ELLOS GRACIAS.....

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2.- JUTIFICACION.	2
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
4.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	5
5.- OBJETIVOS	5
6.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
6.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	7
6.2.- POBLACIÓN SUJETA DE ESTUDIO.....	7
6.3.- POBLACIÓN QUE NO SE TOMÓ EN CUENTA COMO INFORMANTES	7
6.4.- MUESTREO CONVENCIONAL	7
6.5.- VARIABLES.....	7
7.- MARCO TEÓRICO	8
8.- CONTEXTO DEL ESTUDIO	13
9. INFORMACIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD.....	15
9.1. DATOS GENERALES DE LA RED DE SALUD.....	15
9.2. ORGANIZACIÓN GERENCIAL.....	16

9.3. DESCRIPCIÓN DE LA RED DE SALUD.....	18
9.4. ORGANIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD HOSPITAL	
“TIQUIPAYA”	19
9.4.1. ORGANIZACIÓN GERENCIAL.....	19
9.4.2. FLUJOGRAMA.....	20
9.4.3. ATENCIÓN QUE PRESTA A LA POBLACIÓN.....	20
9.4.4. INFRAESTRUCTURA.....	21
9.4.5. EQUIPAMIENTO.....	21
9.4.6. APOYO DIAGNOSTICO.....	21
9.4.7. SISTEMA DE INFORMACIÓN.....	22
9.4.8. SUBSISTEMA DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS.....	22
9.4.9. SISTEMA ADMINISTRATIVO.....	22
9.4.10. COORDINACIÓN CON OTROS MUNICIPIOS Y OTRAS INSTITUCIONES.....	23
9.4.11. ACTIVIDADES SALA DE EMERGENCIAS.....	23
9.5. ACTIVIDADES HOSPITALARIAS.....	25
9.5.1. PACIENTES ATENDIDOS POR EDAD Y SEXO.....	26
9.5.2. PRINCIPALES CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN.....	27
9.5.3. TRANSFERENCIA A OTROS SERVICIOS DE SALUD.....	27
9.6. CIRUGÍAS.....	29

10. ANTECEDENTE HISTÓRICOS DE TIQUIPAYA	30
10.1. ORIGEN ÉTNICO	30
10.2. PRESENTACIÓN.....	30
10.3. LIMITES TERRITORIALES	30
10.4.SUPERFICIE.....	31
10.5. ESTRUCTURA POLÍTICO - ADMINISTRATIVA.....	31
10.6. DEMOGRAFIA	32
10.7. ÍNDICE DE CRECIMIENTO.....	32
10.8. DENSIDAD DE POBLACIÓN.....	32
10.9. IDIOMA.....	32
10.10. OCUPACIÓN.....	33
10.11. ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS.....	33
10.12. RELIGIÓN Y CREENCIAS.....	33
11. ACTIVIDADES CULTURALES.....	33
12. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN	35
12.1. Cosmovisión Andina	36
12.2. Visión Andina Del Cuerpo	37
12.3. CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD DESDE LA VISION DE LA MEDICINA TRADICIONAL	38
12.4. Medicina tradicional	38
13. TRATAMIENTO UTILIZADOS POR LAS FAMILIAS	39
14. CARACTERISTICAS DE LOS REMEDIOS CASEROS	39
15. ENFERMEDADES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EXCLUSIVO MEDIANTE MEDICINA TRADICIONAL	40
15.1. Espanto o susto (jap`eka).....	40
15.2. Mal aire (huayrasqa o chirisqa).....	40

15.3. Pasma de ánimo.....	41
15.4. Colerina (Afección Hepática).....	41
15.5. Orejado	41
15.6. Mala suerte o Laikaska.....	41
15.7. Diarreas (kechalera)	42
15.8. Sobreparto.....	42
16. PROBLEMAS.....	42
16.1. Políticas y reglamentación nacionales	43
16.2. Seguridad, eficacia y calidad.....	43
16.3. Saber y Sostenibilidad.....	43
16.4. Seguridad del paciente y utilización.....	44
17. PROPUESTA DE LA OMS	44
18.- RESULTADOS.....	45
19.- CONCLUSIONES	49
20.- RECOMENDACIONES	50
21.- PROYECTO DE INTERVENCION.....	53
22.- PROYECTO DE INTERVENCION.....	54
23.- PROPUESTA.....	55
24.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	57
25.- PRESUPUESTO.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	59
ANEXOS	

1.- INTRODUCCION.

A lo largo de la historia de la medicina en Bolivia la cultura andina ha desarrollado la medicina tradicional dentro del proceso salud enfermedad en la diferentes culturas que conformaron el Imperio Incaico fue entonces que Aymará, quechuas, Guarayos desarrollaron una medicina empírica donde yatiris, curanderos, chamanes, herbolarios y familiares asumieron una responsabilidad por muchos años y con buenos resultados en especial en el uso de las plantas medicinales.

En cuanto a la parte quirúrgica se conoce poco historiadores e investigadores solo narran las trepanaciones a nivel de los cráneos confirmando esta teoría por los hallazgos de instrumentos como el tumi y pequeños instrumentos quirúrgicos de bronce para intervenir el área craneal y pocos instrumentos para otra región del cuerpo, que eran utilizados para sacrificios, autopsias y momificaciones de acuerdo a una investigación hecha, a historiadores, yerberos y comunarios del área de estudio donde sobresale el respeto a la integridad del cuerpo humano. En una entrevista a doña Cervandaⁱ (herbolaria), si escuchó que en una zona de Huayara-K-asa existía un curandero que realizaba curaciones con intervenciones en el cuerpo, pero la mayoría fallecieron, solo dos lograron salvarse. Por tanto el riesgo de muerte siempre estaba presente, al igual que con otros curanderos de América y África que tuvieron poco éxito. (Robert Felkin)ⁱⁱ

La población Boliviana, que en su mayoría habita en el área, rural, se arriesga a someterse a este tipo de agresión física al no contar con alguien que dé solución a sus enfermedades por lo que perfeccionaron la otra forma de curarse distinta a la que le ofrecía la medicina occidental, utilizando las hierbas que le fueron muy útiles y de esa forma también al mismo tiempo eludieron el mal trato y discriminación por parte del personal de salud, peor todavía si se les comunicaba que la solución de su enfermedad iba ser por procedimientos quirúrgicos causándoles temor y miedo.

2.- JUTIFICACION.

Bolivia a partir de la gestión de Evo Morales se constituye en un país plurinacional multiétnico, dando un giro significativo al paradigma de la cosmovisión de nuestro pueblo que durante siglos ha estado excluido, en este nuevo contexto es necesario buscar evidencia científica que busque no solo revalorizar las costumbres, sino dar un giro hacia una integración de la prestación de los servicios de salud.

Bolivia un país multiétnico, pluricultural, con sus características propias desde el punto de vista, sociales, económicas y culturales, avanza hacia una mayor profundización de los procesos de cambio como la descentralización, la autonomía y el fortalecimiento del enfoque intercultural y la participación e incorporación de la población que en su mayoría son del área rural.

En este contexto urge un proceso de adecuación para responder a estas nuevas exigencias nacionales y locales, de grupos sociales, con equidad y calidad que permita además, dar respuestas efectivas a la demanda de la población, en especial las más excluidas.

La resolución de todos los problemas de salud que hasta el momento no es de plena satisfacción ya que continuamos viendo un desconocimiento o aplicación de normas y reglamentos por el personal de salud del sistema público, por lo tanto es necesario un cambio de actitud con base a información que pueda proporcionar los procesos de investigación.

Por muchos años, los egresados del sistema nacional de salud donde recibieron enseñanzas y aprendizaje de una medicina con una visión existencialista sin un enfoque humanitario y además de un trato descortés, discriminatorio, donde los pacientes en especial del área rural son agredidos, peor todavía, si ellos no cuentan con recursos económicos disponibles que se les exigía y no haber una persona que

les escuche en el hospital en su idioma o recibir alguna ayuda, entonces ellos eran sometidos a la voluntad de los médicos y enfermeras.

Julio Cortazar⁴ en "Boca arriba" relata cómo se sienten los pacientes al ingresar a quirófano, el paciente vive intensamente una realidad creíble y aterradora, los sentimientos de desamparo, desvalimiento y soledad como si fuera una vivencia de tortura y muerte, describen sensaciones, percepciones, sentimientos y pensamientos; no hay palabras solo gestos por parte del personal de salud. Y esto representa un impacto psicológico intenso ya que no recibió ninguna explicación de sus enfermedad y como será curado.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La población en especial los que habitan en el área rural, es una mayoría y son ellos los que sufren al chocarse con dos formas de abordar sus problemas de salud, por una parte sus tradiciones y por otra, el modelo convencional, en este dilema se enfrentan a la otra forma de curar las diferentes enfermedades que necesariamente es por procedimientos quirúrgicos, sometiéndoles en un ambiente completamente desconocido para ellos, el no recibir un buen trato y explicarles los detalles en su propio idioma, siendo la causa donde el paciente rechaza toda atención médica.

Se describe científicamente que un 18% a 20% de una población económicamente activa se enferma o se encuentra en riesgo de enfermar con alguna enfermedad que necesariamente tiene que ser resuelta por un procedimiento quirúrgicoⁱⁱⁱ.

Marco Valencia señala que la medicina tradicional se ha convertido en bastión de la resistencia de una cultura que se niega a ser aniquilada, desde hace miles de años, el hombre andino habría desarrollado técnicas quirúrgicas con otra forma de intervenir quirúrgicamente sin abrir el cuerpo pero esta medicina no estaba desligada de la realidad que incluye lo espiritual, social, psíquico y por ende el corporal^{iv}

El hombre y mujer andina no tiene confianza en la cirugía que le ofrece la medicina occidental porque no es la suya, se les ha sido impuesto, y no respeta su cosmovisión de integridad y complementariedad de todo lo que le rodea, porque para el comunario la salud está basada en la armonía total con la naturaleza y el universo y una ruptura con esta armonía provocaría la enfermedad.

Si se logra convencer a un comunario para realizarle una intervención quirúrgica, la parte extirpada, le debe ser entregada a los familiares estos lo enterrarán hasta que fallezca la otra parte del cuerpo ya que la cosmovisión andina exige mantener íntegro el cuerpo en sentido de mantenerse completo y si por alguna circunstancia muere y le falta una de sus partes anatómicas jamás retornará nuevamente a la vida y los familiares, para que no suceda esto, a veces prefieren que muera con su enfermedad, y no ser extirpados o mutilados y ser considerados inútiles para la comunidad y la vida, y en el más allá.

La historia muestra que no hay intervenciones quirúrgicas reconocidas, lo que está reportado en la literatura son las trepanaciones cuyo objetivo central es eliminar los “demonios” o el mal espíritu, sin embargo, esta circunstancia ha desarrollado habilidades quirúrgicas no solo en el ambiente de los médicos tradicionales, sino ha convertido en insumo importante para el estudio de la cirugía en la modernidad.

Otra práctica quirúrgica está dada cuando se sucede la muerte, las momificaciones, los “maquillajes”, o embellecimiento del difunto han sido seguidos de prácticas quirúrgicas.

Esta circunstancia, no ha permitido desarrollar en el inconsciente colectivo de las poblaciones un nivel de aceptación de la cirugía como un mecanismo terapéutico, sino ha generado “miedos”, “temores” y de esta manera un rechazo sostenido hacia un tratamiento quirúrgico.

Sumado a esta circunstancia está el avance de la tecnología médica que en estos tiempos ha facilitado los procedimientos quirúrgicos desde el diagnóstico hasta la solución cruenta de un problema.

La no aceptación de tratamientos quirúrgicos en la población no es privativo de la población indígena y/o campesina, sino es un temor asumido por la población en general, esta situación hace que muchas enfermedades se compliquen más o finalmente lleguen a la muerte innecesariamente, siendo que muchas patologías quirúrgicas son posibles de intervenir con la tecnología desarrollada tanto en el Hospital de Tiquipaya como en otros establecimientos de mayor nivel de complejidad.

Partimos de algunos supuestos para la negación, por ejemplo el miedo a perder la vida, el temor a que por un acto cruento se salga el “alma”, la mala atención en los servicios de salud que da inseguridad al paciente y sus familiares, recurrir a otro recurso asumiendo que es suficiente cuando en realidad los problemas quirúrgicos solo son quirúrgicos.

Las condiciones de registros del sistema no asume como propio datos referidos a las condiciones de cómo llega el paciente y sus motivaciones, esta se convierte en una debilidad importante, siendo que no permite medir la magnitud del problema, además los registros de mortalidad no reflejan con mayor presión el diagnóstico básico convirtiéndose en otros debilidad del registro de motivos de las consulta o su negación.

4.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál será los factores que influyen en la población que habitan en el municipio para rechazar una intervención quirúrgica en el Hospital municipal de Tiquipaya en el año 2010?

5.- OBJETIVOS

GENERAL.

- Describir las razones del rechazo a una intervención del enfermo quirúrgico en el Hospital del municipio de Tiquipaya en el año 2010.

ESPECÍFICOS.

- Analizar cuáles son los factores de rechazo a una intervención quirúrgicas sean estos religiosos, creencias, cultural o a la mala atención, económicos u otros.
- Documentar tipo tratamiento se les brindaba en la cultura quechua, aymará a problemas que solo tienen solución quirúrgica en la medicina occidental.
- Describir las alternativas que buscan los pacientes, para solucionar las enfermedades con indicación quirúrgica.
- Proponer un plan de intervención para disminuir el rechazo a la intervención quirúrgica en el Hospital municipal de Tiquipaya en el año 2011.

6.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Tipo de estudio descriptivo cualitativo.

Descripción del procedimiento:

En la primera parte se caracterizo por una recopilación documental del contexto cultural, y socioeconómico de la realidad del municipio de Tiquipaya.

En la segunda parte se reviso la documentación accesible en diferentes medios y formas donde están registrados los eventos quirúrgicos ancestrales.

Con base a un instrumento se realizo entrevista a informantes clave y la comunidad usuaria del establecimiento de salud sobre cuál es la causa para que los pacientes del sector rechacen una intervención quirúrgica.

Se conformó grupos focales para entrevistas a profundidad y la recolección de información de pacientes que acuden a la consulta y otros para el análisis de los mismos.

Para construcción de la propuesta de intervención utilizamos el Marco Lógico como una opción metodológica.

6.1- Tipo de estudio

En la presente investigación y con fines metodológicos de los resultados se los analizara e interpretara de acuerdo a los objetivos, de tal manera que secuencialmente los resultados obtenidos vayan acordes con los objetivos planteados.

6.2.- Población sujeta de estudio

- Personas que acceden al servicio de salud del Municipio de Tiquipaya.
- Personas saben o conocen la medicina tradicional o como curar las diferentes enfermedades.
- Personas mayores de 18 años.

6.3.- Población que no se tomó en cuenta como informantes.

- Población migrante o residente circunstancial del Municipio de Tiquipaya
- Personas que no están involucradas en medicina tradicional

6.4.- MUESTREO CONVENCIONAL

Por las consideraciones del estudio y la población se tomó en cuenta a unidades de análisis de forma convencional, que apunten al objetivo del estudio, se realizó entrevistas a informantes clave y la recolección de información de pacientes usuarios del establecimiento de salud, se conformó grupos focales para entrevistas a profundidad con la colaboración de una ONG KURMI¹ que trabaja en el área de la cumbre en las comunidades de Chapisirca y Montesillo Alto de cuál es la causa para que los pacientes del sector rechacen una intervención quirúrgica

¹ KURMI, (ARCO IRIS en aymara) es una Organización vinculada a intervenciones con el enfoque de Género, su población objetivo las mujeres del área rural, En Agosto del presente año ha finalizado su gestión. Nuestro agradecimiento por su cooperación.

Se entrevistó a 51 personas de los cuales 36 fueron de sexo femenino y 15 de sexo masculino.

6.5.- VARIABLES

Las Variables que se estudiaron se refirieron fundamentalmente a actitudes de la población respecto a la negación y las formas de buscar atención para enfermedades quirúrgicas.

7.- MARCO TEÓRICO.

Como médico de la especialidad en cirugía general y mi vocación de servicio de salvar vidas, vi. Como la población de área rural, ve la muerte con mucha calma y una tranquilidad que me preocupo cuando alguien de la comunidad fallecerían con patologías que fácilmente pueden ser solucionadas con una intervención quirúrgica, pero este concepto de ver la vida cambio después de investigar y estudiar otras formas de curar las diferentes enfermedades que tenían indicación quirúrgica y ser curadas con hierbas y tratadas sin abrir el cuerpo.

De acuerdo a la investigación varios autores se ha interesado en recopilar apuntes sobre cirugía en los pueblos originarios de América y el mundo.

Jean Perri Chumeil⁵ relata un chamanismo quirúrgico entre yagua y la amazonia peruana que consiste en practicar la separación quirúrgica y el intercambio de órganos del cuerpo "por operación mental "o "espiritual "es decir sin necesidad de abrir físicamente el cuerpo asociado a los ritos chamanicos donde incluye el uso de tabaco, cantos y de dardos mágicos, este tipo de curación se desarrollo en tres fases: preoperatorio, operatorio y pos operatorio.

Francisco Gil⁶ relata notas sobre cirugías entre los pueblos de América prehispánica en los pueblo de la América prehispánica percibiendo dos imágenes quirúrgicas: las trepanaciones craneales y los sacrificios humanos; de Seggiaro en 1969 parece que

la especialidad quirúrgica fue reducida al trepanar cráneos por los antiguos indígenas peruanos, donde los curanderos extraían del cráneo la causa de la enfermedad que generalmente según ellos era un espíritu maligno allí introducido.

Entre los muchos documentales uno que destaca una intervención quirúrgica según Rober Felkin presencia y documento una cesaría en la localidad de Kahura en Uganda África constituyéndose en el más antiguo y fiable de una intervención realizada por un pueblo aborigen, como anestésico y desinfectante se utilizó vino de plátano, la hemorragia se controló con un hierro al vivo, este sería único documental abriendo el cuerpo.

La mayoría de los grupos étnicos y pueblos originarios del mundo deciden que el contexto del cuerpo humano no es susceptible de la apertura del cuerpo ni se aceptaba la mutilación.

Existen otros ejemplos etnográficos de América latina que identifican estas estrategias quirúrgicas terapéuticas que posibilitan la intervención de adentro sin necesidad de violentar los cuerpos enfermos, entonces merecen la pena tener en cuenta, las llamadas operaciones místicas o espirituales como en algunos sectores rurales de América latina como ocurrió en México, Brasil, Venezuela y Perú.

Lastres y Cabieses⁷ plantea que el acto quirúrgico está en relación con las concepciones del individuo y su entorno social y cultural, y han abordado sobre el cuerpo humano a su modo de entender, desarrollando intervenciones quirúrgicas "Pos mortu²" para extraer malos espíritus y tener un descanso tranquilo, por todo lo expuesto podríamos deducir, la práctica corriente de las autopsias en el pasado proporciona ciertos conocimientos del cuerpo humano, y no de personas vivas que solo se abocaron al cráneo respetando el cuerpo humano.

El concepto interculturalidad en la última década está generando un compromiso de cumplimiento de la política pública, sin poder aterrizar en lo concreto de los

²Es un término utilizado después de la muerte, como un acto quirúrgico para producir un "hueco" por donde podrían salir los malos espíritus que tenía en su vida y asegurar una vida feliz después de la muerte.

servicios de salud, una deficiente o insuficiente incentivo para investigaciones, fundamentalmente locales, y esta circunstancia esta llevando a un nivel de confusión y hasta desaliento en la búsqueda de esta alternativa, que no solo se refiere a la curación sino y, fundamentalmente al vivir bien.

Definir la interculturalidad resulta una labor compleja³ el término multiculturalidad⁴, fue acuñado por los anglosajones mientras que europeos usan el término multiculturalidad para referirse sociedades donde coexisten diversas culturas, asumiendo que la palabra interculturalidad logra atribuir un significado normativo, en la medida en que supone un determinado tipo de relaciones entre culturas coexistentes en una misma sociedad. En relación a las corrientes teóricas que han logrado trabajar el tema de la interculturalidad como lo señalan Xavier Besalú y Angel Marcelo Ramírez tenemos las siguientes:

La posición marxista se argumenta que la principal diferencia cultural es la que viene determinada por las categorías socioeconómicas, la que se da entre la cultura dominante y dominada. Por encima de las diferencias de la lengua, religión, costumbres, folklore entre, otra opción se sustenta en la dimensión antropológica de la diferencia desde este enfoque todos los sujetos tienen por ejemplo una educación diferenciada, una educación intercultural ya que es fundamental prepararnos para convivir con el *otro*, sea cual sea su diferencia o su cultura.

³Esta frase fue empleada por HeidyBriegerRocabado al realizar el prólogo de la investigación “Interculturalidad entre chapacos, quechuas, aymaras y cambas en Tarija” de Lourdes Peña, Marlene, en LA INTERCULTURALIDAD: APROXIMACIONES, ALCANCES Y RUPTURAS un documento pdf s/d

⁴Un ejemplo contundente de esta tradición lo constituye la obra de Charles Taylor “El Multiculturalismo y la política del reconocimiento”, donde se asume la política del reconocimiento como una exigencia formulada en nombre de los grupos minoritarios o “subalternos” que se vuelve apremiante debido a los nexos entre reconocimiento e identidad, la cual se adecua en gran medida por el reconocimiento o la falta de este. en LA INTERCULTURALIDAD: APROXIMACIONES, ALCANCES Y RUPTURAS un documento pdf s/d

En realidad ahora se trata de sacar pensamientos siendo más importante que introducirlos, pasar por un período reflexivo. En resumen un acto educacional y formativo. Consiste en desarrollar rutinas, destrezas, habilidades, cuyas acciones están atravesadas por una actitud y pensamiento crítico. Hoy, la fuerza no está en que se conoce, sino como se actúa, que se dice y como se dice. “Una movilidad horizontal en el conocimiento que le permite en su manejo construir una perspectiva”^v.

La misma en la salud es el enfoque sociocultural del ejercicio de la práctica médica con personas culturalmente distintas (personal de salud, médicos tradicionales los usuarios y otros), donde cada una ellos se predispone al diálogo horizontal basados en el respeto, el reconocimiento, la valoración y aceptación de los diferentes saberes médicos, promoviendo su articulación y complementariedad para mejorar la capacidad de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud: calidad de la atención, conocimientos, creencias y prácticas de salud diferentes^{vi,vii}.

“Evaluar y establecer el enfoque de interculturalidad en el modelo de atención en salud, para su desarrollo en el Sistema Nacional de Salud articulando la medicina tradicional con la participación de las organizaciones campesinas, indígenas y pueblos originarios.”

La complementariedad entre la medicina tradicional y la medicina oficial toma como bases los siguientes aspectos^{viii,ix}

- La referencia, vale decir saber los alcances y las limitaciones que tienen los médicos tradicionales y los médicos académicos para trabajar en forma conjunta.

- Capacitación recíproca.
- Contar con elementos de información, comunicación a la comunidad social y culturalmente aceptable.
- Evitar slogan que ni siquiera el mismo personal de salud lo decodifica, porque no está en los códigos al que está acostumbrado, el proceso de complementariedad pasa inevitablemente por un proceso de concienciación tanto de los servidores de salud, médicos tradicionales y la propia comunidad que al final es la beneficiaria final.

En realidad la interculturalidad es un convivir, no solo aceptando las diferencias, respetando las costumbres, sino haciendo de la interculturalidad una política de convivencia para lograrlo es necesaria^x

- Responder la demanda de servicios de salud insatisfecha por no recibir atención integral y no ser tomado en cuenta en el momento de las decisiones.
- Vincular el saber con el hacer dando a la formación y capacitación un espacio natural de aprendizaje como son los servicios de salud, por que es bueno saber, pero es mejor saber hacer y hacerlo con calidad.
- Buscar y hacer del servicio y la comunidad un laboratorio natural de aprendizaje recíproco de la comunidad y los profesionales en salud con la más alta calidad posible sin separar al aprendiz del entorno y, contribuir a una práctica técnica y científica.
- Desarrollar competencias para responder a las Políticas Públicas que están en proceso de construcción con desempeños eficientes y eficaces y construyendo currículos nuevas, múltiples y flexibles.

- Incorporarse en el tiempo más breve posible a las ventajas comparativas y competitivas los procesos de cambio estructural de los sistemas de gobierno central y municipal.
- Desarrollar competencias acorde a una ética social y técnica que el país demanda.

8.- Contexto del Estudio

El hospital de Tiquipaya fue fundado el 23 de septiembre de 1975 en la gestión del Sr. Rubén Saavedra como puesto sanitario. En 1984 se hizo cargo el proyecto Belga quien realiza la primera ampliación y equipamiento respectivo en los cuatro años de su gestión.

En 1988 se hizo cargo del hospital una ONG, por el periodo de un año y en 1989 paso a depender de la unidad sanitaria de Cochabamba convirtiéndose en el área de Tiquipaya como Centro de Salud Tiquipaya, responsable de la salud de toda la población funcionando con un medico provincial y una auxiliar de enfermería.

En 1991 se incrementa un ítem de pediatría, mas una auxiliar de enfermería, incrementando el área de internación y consultorios por especialidades.

En 1992 al 1994 se realizan la ampliación y remodelación total de la infraestructura, incrementa nuevos ambientes de internación, área quirúrgica, laboratorio, consultorios y ambientes administrativos y dotación de una ambulancia.

En la gestión 2005 se hace la adquisición de una ambulancia Iveco-cruz modelo 2005, y se adquiere instrumental médico quirúrgico para el C. S .Chapisirca y C. S. Linde centros de primer nivel.

En la gestión 2006 se realizó la ampliación de la unidad del Odontología y remodelación del consultorio de pediatría, remodelación del consultorio de medicina interna y actualmente se realiza la remodelación de los ambientes de Cocina, Laboratorio, Archivos-Estadística, Emergencia, construcción de ambientes de

Portería, Unidad de TBC; como también la adquisición de equipos de computación, Muebles Metálicos, Instrumental Médico Quirúrgico y equipos Médicos de acuerdo a las necesidades de la población para dar una atención de calidad. En la gestión 2007 - 2008 se constituye en el hospital de referencia de área al convertirse en un centro de II ° Nivel con 7 sectores de I ° Nivel con las cuatro especialidades básicas: medicina interna, ginecoobstetricia, cirugía y pediatría⁵.

ASPECTOS GENERALES MUNICIPIO TIQUIPAYA

Población asignada año 2010	91318 habitantes
Extensión territorial	1.866,44 km2
Crecimiento vegetativo anual	9.71 %
Mortalidad infantil por mil nacidos vivos	54.48 X 1000
n.vEsperanza de vida en el nacimiento	62.08 %
Población económica activa	4.825 habitantes
Índice de pobreza	74.64 %
Analfabetismo	17.50 %
Tasa global de fecundidad	4.8 %

El municipio de Tiquipaya se construye en la Tercera sección de Municipio de la provincia Quillacollo, tiene una extensión superficial de 1.866.44 Km2 (Instintito geográfico Militar 90) y una población de 4.825 habitantes . Como parte integral del valle de Cochabamba tiene una diversidad de pisos ecológicos: Valle cordilleras y trópico. En efecto, la mayor parte del territorio se encuentra en la cordillera del Tunari que alcanza al inicio de los bosques húmedos. En esta

⁵ NOTA EXPLICATORIA, En el Hospital se atienden casos gineceo obstétricos, medicina Interna, Pediatría y Cirugía, recientemente se ha incorporado un ítem del TGN para un anestesiólogo, en el pasado funcionaba con un contrato directo del Municipio de Tiquipaya. Además es un establecimiento de referencia de la Red de Tiquipaya.

enorme porción del municipio están asentadas varias comunidades, la capital de su municipio se encuentra a 8 Km. Del cercado.

9. INFORMACIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD.

El sistema nacional de Salud Boliviano se define como el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el Ministerio de Salud y Previsión Social.

Integra al Sistema Público, seguro social a corto plazo, iglesias, instituciones privadas con y sin fines de lucro y Medicina Tradicional Indígena.

El sistema nacional de salud boliviano establece cuatro ámbitos de gestión.

- Nacional. Correspondientes al Ministerio de Salud y Deportes (MSDS).
- Departamental. Correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la prefectura.
- Municipal. Correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS)
- Local. Correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

9.1. DATOS GENERALES DE LA RED DE SALUD.

⁶ El SEDES es el máximo nivel de gestión técnica en salud del departamento (geográfica hablando, equivalencia a nuestras comunidades autónomas). Articula las políticas nacionales y la gestión municipal; coordina y supervisa la gestión de los servicios de salud en el departamento.

En el encargo de establecer los acuerdos con las entidades privadas que intervengan en el sector salud en el departamento, entre ellas las ONG de

⁶ Datos e información recopilada del documento de OPS/OMS “implementación del modelo de gestión, redes de salud, DILO, SUMI y SNUS2003”

cooperación internacional que quieran trabajar en la zona.

Tiene un director técnico que depende técnicamente del ministerio de salud y presión social

En los municipios la estructura encargada de gestionar la salud es de DILOS; existe uno por municipio, conformándolo.

- El alcalde municipal
- El director técnico del SEDES
- El representante del comité de vigilancia (juntas vecinales o pueblos campesinos, indígenas u originarios según sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias).
- El DILOS funciona en espacios y/o predios por la alcaldía y tiene bajo su dependencia al gerente de red de salud, quien en cada uno de los municipios constituye la máxima autoridad en la gestión compartida para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud.

9.2. ORGANIZACIÓN GERENCIAL.

Los tres niveles de atención de la salud se estructuran en la práctica en la organización de las redes de salud, a continuación paso a resumir cada nivel de atención y como se organizan en las redes de salud:

Primer nivel: la oferta de servicios se enmarca en la promoción y prevención de la salud, la consulta ambulatoria y la intención de transito.

Este nivel de atención está integrado por la medicina tradicional, brigadas móviles de salud, consultorios medico, centros de salud con o sin camas, policlínicos y poli consultorios.

El primer de atención se constituye en la puerta de entrada al sistema de atención de salud.

Segundo nivel: corresponde a las modalidades que requieren ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, ginecología, obstetricia, anestesiología, además de sus servicios complementarios de diagnóstico, tratamiento y opcionalmente traumatología.

La unidad operativa de este nivel es el hospital básico de apoyo, servicios de salud de organizaciones no gubernamentales y privadas.

El centro de salud hospital "tiquipaya" de segundo nivel que presta atención e los siguientes programas: PAI, IRA, EDAS Y rabia; se considera como hospital de referencia.

Tercer nivel: corresponde a la consulta ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidades y sub-especialidades, y servicios complementarios de diagnóstico, tratamiento de alta tecnología y complejidad.

Las unidades operativas de este nivel son los hospitales generales e institutos y hospitales de especialidades.

El documento "análisis del sector salud en Bolivia", OPS/OMS y MSD (2004), señala que el sistema nacional de salud es el conjunto de entidades y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el MSD, según se establece en el DS. No 26875.

El modelo de gestión del sistema de salud está particularmente dirigido a la reducción de la morbilidad y mortalidad de los grupos de población más vulnerables, en un marco de protección del capital humano, proponiendo aumentar la equidad en el acceso a los servicios de salud, velar por la calidad de las prestaciones, eficiencias en la gestión y efectividad en el sistema para atender enfermedades emergentes.

Uno de los cambios importantes de las políticas de salud se refiere a la articulación de redes de servicios de salud con redes sociales. Esta política se da

en un contexto global que permite extender una adecuada oferta y demanda de servicios, especialidades en el área rural y zonas peris urbanas, bajo un enfoque de interculturalidad, genero y generacional.

Las redes están conformadas por establecidos de la seguridad social de corto plazo y otras instituciones que hayan firmado algún convenio con el ministerio salud y deporte. Cada red debe tomar en cuenta los tres niveles de atención de manera tal que cada una tenga un centro de referencia en el nivel superior.

Es obligación de las redes de servicios de salud promover una activa participación de las redes sociales, tal como se menciona en MSD y OPS/OMS (2004).

9.3. DESCRIPCIÓN DE LA RED DE SALUD.

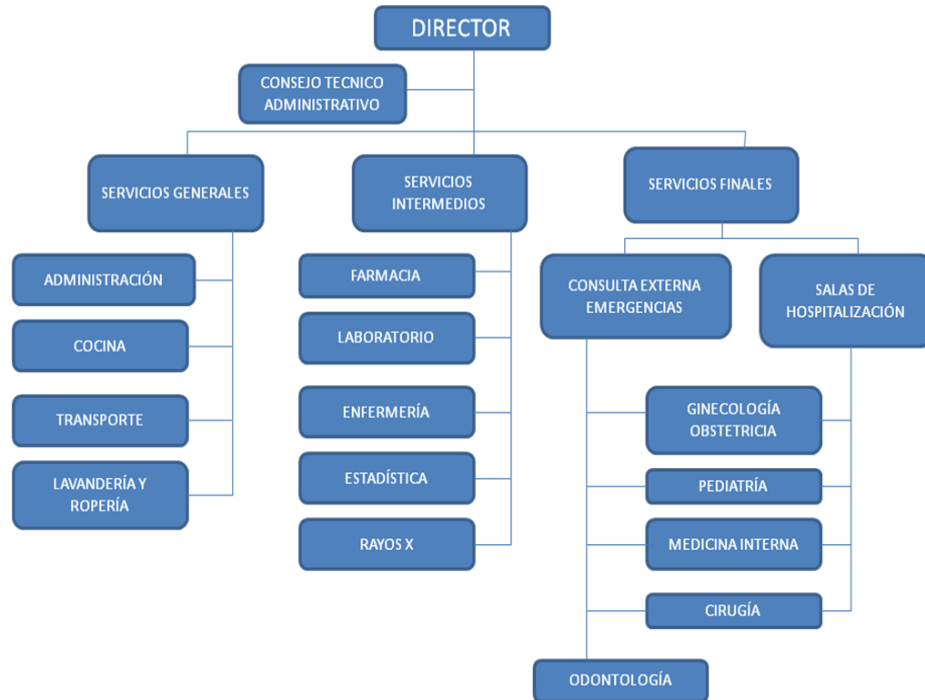
La red de servicios tiquipaya, se estructura de la tal como se observa en la tabla 1.

Cuadro Nro 1 ESTRUCTURA DE LA RED DE SERVICIOS

Red de servicios tiquipaya	Nivel de Atención
Hospital tiquipaya	Hospital de referencia de la red tiquipaya segundo nivel de atención
Centro medico linde	Primer nivel de atención
Centro de salud chapisirca cordillera Centro de Salud Montecillo alto Centro de Salud JampinaHuasi	Primer nivel de atención zona cordillera
Centro de salud chillamarca - ONG mapinterntional	Primer nivel atención
Ciudad del Niño	Primer Nivel
Centro de Salud Cuatro Esquinas	Primer Nivel
Centro de Salud Villa Oruro	Primer Nivel
Centro de Salud de Callajchullpa	Prime Nivel

9.4. ORGANIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD HOSPITAL “TIQUIPAYA”.

9.4.1. ORGANIZACIÓN GERENCIAL.



Estructura de la gerencia:

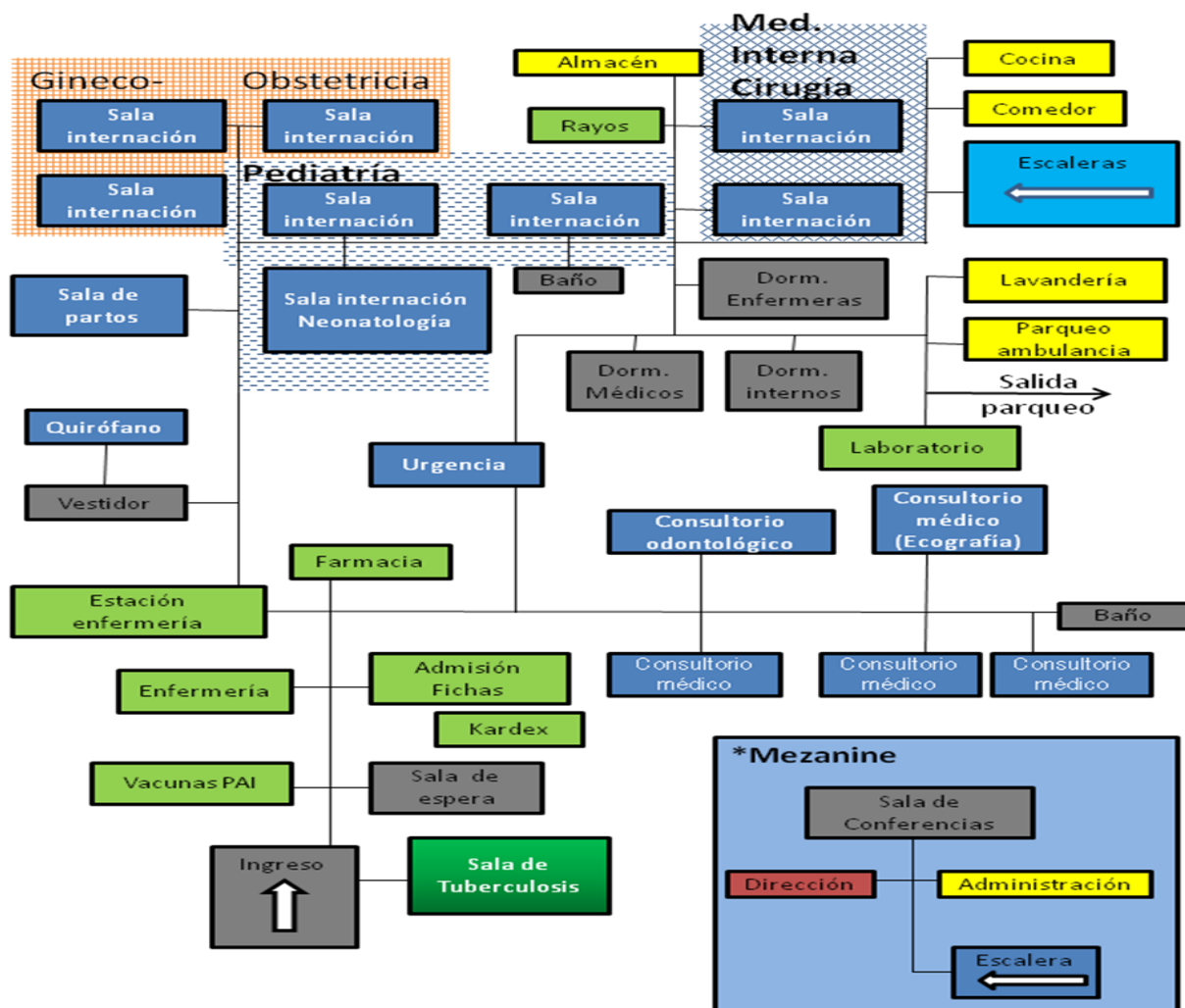
El municipio de tiquipaya dentro de la regionalización en salud recibe el área de salud, que viene a ser parte del distrito de salud V Valle bajo, cuya dirección gerencial está ubicada en el municipio de Quillacollo.

La estructura funcional del equipo de gerencia del área de salud Tiquipaya está conformada por: el jefe de área, el administrador y la responsable de enfermería, que desempeñan funciones de gerencia en toda el área de salud.

Las responsabilidades del equipo de gerencia están en operacionalizar las estrategias definidas por la política de salud definida por el ministerio de salud y previsión social, como ser la aplicación del seguro básico de salud, la vigilancia epidemiológica principalmente y de cumplir las instrucciones que se emanan de la dirección de distrito.

Para analizar el funcionamiento del área de salud se tiene establecida la reunión mensual del Comité de Análisis de Información (CAI) con participación del personal de salud, representante del distrito cinco, el municipio y el comité de vigilancia.

9.4.2. FLUJOGRAMA.



9.4.3. ATENCIÓN QUE PRESTA A LA POBLACIÓN.

El Centro de Salud Hospital “Tiquipaya” es un establecimiento de segundo nivel de atención; brindando atención las 24 hrs. Del día, los siete días de la semana incluyendo los feriados.

9.4.4. INFRAESTRUCTURA.

El Centro de Salud Hospital “Tiquipaya” cumple con los requisitos mínimos para el desempeño de un servicio de segundo nivel.

El centro cuenta con cinco consultorios donde se realiza la atención por consulta externa en ginecología, pediatría, medicina interna y un consultorio odontológico.

Ocho salas de internaciones; tres destinadas a la maternidad, dos a pediatría, una a neonatología y dos salas para medicina interna y cirugía; sala de emergencias, quirófano, sala de partos y ambientes de apoyo diagnóstico de laboratorio, ecografía y Rx; que permiten acceder con prontitud resultados de pruebas de manera confiable.

El centro cuenta con dos ambulancias propias para realizar las referencias.

9.4.5. EQUIPAMIENTO.

El Centro de Salud Hospital “Tiquipaya” tiene un equipamiento adecuado para realizar actividades dentro lo que esta inmerso en la estrategia de atención primaria, medicina general, pediatría, ginecología, obstetricia, odontología y actividades de promoción, prevención y adecuación dirigida a la población en general, el equipamiento actual es adecuado y suficiente para un centro de segundo nivel de atención.

9.4.6. APOYO DIAGNOSTICO.

El Centro de Salud Municipal Hospital “Tiquipaya” cuenta con métodos de apoyo diagnóstico como ser ecografía, laboratorio y Rx.

9.4.7. SISTEMA DE INFORMACIÓN

El desarrollo de este subsistema está a cargo del jefe médico y la licenciada de enfermería, se basa en el manejo del sistema nacional de información en salud (SNIS) y la información semanal de vigilancia epidemiológica, la información generada es procesada y posteriormente analizada por el equipo de gestión, lo que permite mejorar las estrategias.

9.4.8. SUBSISTEMA DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS.

Se tiene implementada una farmacia ubicada en el mismo centro, que funciona dentro del modelo de fondo rotatorio que realiza la adquisición y venta de medicamentos, en dicha farmacia se vende medicamentos e para las patologías que no son complementadas en el seguro básico de salud.

Dando fármacos de forma gratuita a los pacientes que reciben atención del seguro universal materno infantil (SUMI), como también de los diferentes programas en actual vigencia como ser tratamientos de TBC y medicamentosas esenciales en el servicio de emergencia.

Se cuenta con biológicos del programas nacional de vacunación, como ser: prevalente, anti poliomielítica, BCG, DT, fiebre amarilla.

9.4.9. SISTEMA ADMINISTRATIVO.

El Centro de Salud Hospital “Tiquipaya” se tiene implementado el subsistema de administración establecido por la legislación existente (ley SAFCO) y de acuerdo a las normas de administración de bienes, servicios y personal, establecido por la legislación existente.

Contando con un administrador a tiempo completo dependiente del Municipio de Tiquipaya.

En lo referente a la administración de recursos humanos se cuenta con kardex de todo el personal dependiente del ministerio y del municipio, contando con el respectivo cronograma de vacunaciones anuales.

En cuanto a los recursos que se captan por concepto de venta de servicios médicos, de enfermería, laboratorio, insumos y medicamentos, se realiza una ejecución presupuestaria sobre la base del clasificador presupuestario, para lo cual se elabora el plan anual de asignaciones de recursos.

En cuanto a la administración de archivos fijos tanto muebles, instrumental y vehículos cuentan con inventario actualizado.

9.4.10. COORDINACIÓN CON OTROS MUNICIPIOS Y OTRAS INSTITUCIONES.

Existen actividades coordinadas con otros municipios y con otras organizaciones populares.

Cada comunidad cuenta con juntas vecinales, con un organización territorial de base “OTB”.

El municipio cuenta con un club de madres que participan activamente programando charlas de interés general por ejemplo: Nutrición, Maternidad, Salud Reproductiva, Programa Ampliado de Inmunización, Tuberculosis.

9.4.11. ACTIVIDADES SALA DE EMERGENCIAS.

Dentro de las actividades llevadas a cabo por el interno se realizaba la rotación por el servicio de emergencias, tal como en los consultorios de especialidades, además de la atención de las mismas durante la guardia, en las que principalmente acudían lesiones traumáticas.

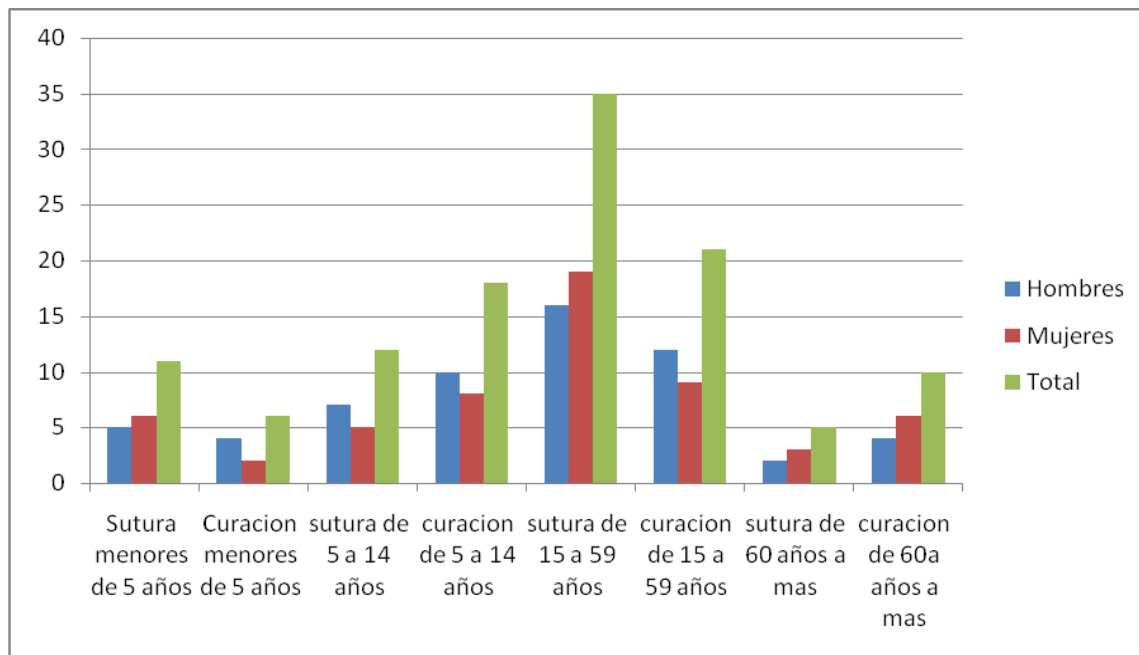
El interno es responsable de todos los ingresos de los pacientes, el manejo de patologías agudas, curaciones, suturas así como recepción de mujeres

embarazadas en trabajo de parto y referencias de pacientes hacia otros centros nosocomiales todas las actividades bajo supervisión por el médico de guardia de turno.

Tablas 2. PACIENTES ATENDIDOS EN EMERGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD HOSPITAL “TIQUIPAYA” DEL 1º DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DEL 2008

	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
Sutura menores de 5 años	5	6	11	9%
Curación menores de 5 años	4	2	6	5%
sutura de 5 a 14 años	7	5	12	10%
curación de 5 a 14 años	10	8	18	15%
sutura de 15 a 59 años	16	19	35	30%
curación de 15 a 59 años	12	9	21	18%
sutura de 60 años a mas	2	3	5	4%
curación de 60a años a mas	4	6	10	8%
Total	60	58	118	100%

GRAFICO 1. PACIENTES ATENDIDOS EN EMERGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD HOSPITAL “TIQUIPAYA” DEL 1º DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DEL 2008



Este grafico muestra mayor afluencia a emergencia de pacientes en edad productiva que se debe a que en estas edades ocurren principalmente los accidentes relacionados con las actividades laborales, y además los relacionados a consumo de sustancias.

9.5. ACTIVIDADES HOSPITALARIAS.

Generalmente, las hospitalizaciones de cada día están a cargo del médico general que se encuentra de turno, ya que los pacientes ingresaban por el servicio de consulta externa y emergencia encargándose de la elaboración de la historia clínica, nota de admisión y ordenes medicas y es verificada por el médico encargado de cada o médico de guardia.

9.5.1. PACIENTES ATENDIDOS POR EDAD Y SEXO.

Tomando en cuenta las hospitalizaciones, se debe hacer énfasis en hospitalizaciones de los servicios de pediatría y gineco-obstetricia, ya que para estos pacientes se cuenta con un mayor número de salas y de camas.

Las hospitalizaciones en el servicio de pediatría correspondían principalmente a infecciones respiratorias agudas con neumonía y a enfermedades diarreicas agudas con diferente grado de deshidratación. La edad de los pacientes generalmente se encontraba entre los 6 meses hasta los 2 años, viendo menores casos fuera de este rango.

Este cuanto al servicio de gineco-obstetricia las hospitalizaciones correspondían mayormente a pacientes para la atención de parto o cesárea y posteriormente cuidados durante el puerperio inmediato. Además se observaba frecuentemente pacientes con amenaza de aborto, parto prematuro o parto pretermino.

En el servicio de medicina interna no se hospitalizaban a un número de pacientes (en comparación con los 2 servicios anteriormente descritos), y estas hospitalizaciones respondían a varias causas, dentro de estas: deshidratación ya sea por gastroenteritis agudas o como consecuencia de diabetes descompensaba, también se observaban casos de infecciones respiratorias agudas y pacientes con hipertensión arterial descompensaba.

El servicio de cirugía es en el que se observaron la menor cantidad de pacientes, ya que de estos la mayoría se incluían dentro de los pacientes de gineco-obstetricia (cesáreas)

9.5.2. PRINCIPALES CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN.

Las principales causas de hospitalización en niños menores de 5 años son:

- IRA con neumonía.
 - Bacteriana
 - Viral (bronconeumonía)
- EDA con deshidratación grave.
 - Infección por rotavirus
 - Amebiasis
 - Giardiasis

Las principales causas de hospitalización en pacientes de 5 años a 10 años son prácticamente idénticas a las de niños menores de 5 años con la gran diferencia que existieron menos casos en los mayores de 5 años.

Las principales causas de hospitalización de mujeres en edad fértil son:

- Atención de parto
- Atención de cesárea
- Hemorragias de la primera mitad del embarazo
- Amenaza de parto prematuro y parto pretermino
- Hiperémesis gravídica

9.5.3. TRANSFERENCIA A OTROS SERVICIOS DE SALUD.

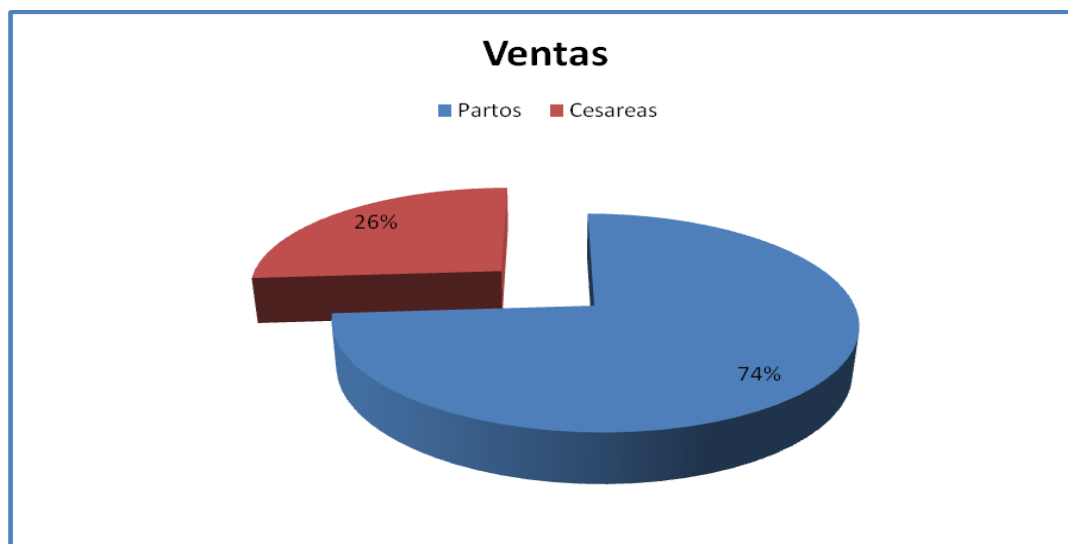
Toda transferencia realizada del centro de salud hospital tiquipaya con respecto a la especialidad de obstétrica, pediatría u otros, se realizan en horarios donde no se cuenta con especialista ginecólogos, anestesiólogo, pediatría y/o el paciente requería tratamiento más especializado del que brindaba al servicio, cada

una de estas referencias se realizan con su respectiva nota de referencia especificando diagnostico, motivo de referencia y tratamiento realizando en el servicio.

TABLA 3. PARTOS Y CESAREAS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD HOSPITAL TIQUIPAYA DEL 1 DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DEL 2008

	Nacidos vivos	Porcentaje
Partos	82	74%
Cesáreas	29	26%
Total	111	100%

GRAFICO 2. PARTOS Y CESAREAS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD HOSPITAL TIQUIPAYA DEL 1 DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DEL 2008



La atención de partos sobrepasa de manera contundente la atención de cesáreas, esto se debe a dos factores principalmente: 1) al hacer el control prenatal, se identifica a las pacientes con riesgo obstétrico y se las refiere a centros de 3ª nivel, y 2) una gran parte de las pacientes que acuden al centro, lo hacen en horarios en los que ya no se cuenta con la presencia de especialistas para realizar la cesárea y por lo tanto son referidas inmediatamente a centros donde si cuentan en ese momento con ginecólogos y anesthesiólogos.

9.6. CIRUGÍAS.

Dentro las actividades quirúrgicas los médicos gineco-obstetras, cirujano general y traumatólogo brindan al interno las oportunidades de participar activamente en las cirugías. Estas representan un porcentaje significativo de la carga horaria de la práctica y llegan a ser muy útiles para la formación del interno.

El interno participa de todas las cirugías como primer ayudante, segundo ayudante o instrumentista, siendo responsable por montar la mesa de instrumental, preceder con asepsia y antisepsia de manera activa incluso en el procedimiento propiamente dicho.

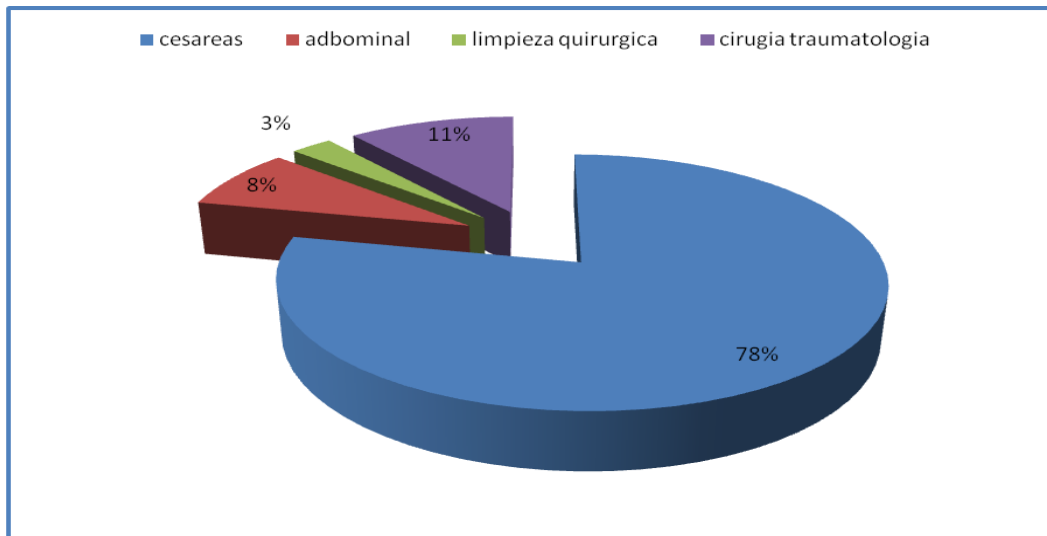
Es obligación del interno, asumir al paciente en la sala de quirófano. Siendo responsable posteriormente de su cuidado post-operatorio, su protocolo quirúrgico, ordenes médicas supervisadas por el médico especialista y la evolución del paciente.

En el centro de salud durante los meses de abril, mayo y junio del año 2008 se realizaron un total de 29 cesáreas, 3 cirugías abdominales, 1 limpieza quirúrgica de absceso y 4 cirugías traumatológicas, de las cuales participe activamente en 11 cesáreas, 1 cirugía abdominal y 3 traumatológicas.

**TABLA 4. CIRUGIAS REALIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD HOSPITAL
“TIQUIPAYA DEL 1º DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DEL 2008**

Cirugía	Cantidad	Porcentaje
Cesáreas	29	78%
Abdominal	3	8%
Limpieza quirúrgica	1	3%
Traumatología	4	11%
Total	37	100%

GRAFICO 3. CIRUGIAS REALIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD HOSPITAL “TIQUIPAYA DEL 1º DE ABRIL AL 30 DE JUNIO DEL 2008



En este gráfico se observa la gran diferencia entre los tipos de cirugías realizadas, y esto se explica por la accesibilidad al quirófano y a las diferentes especialidades, ya que se cuenta con ginecólogo desde las 8 am. Hasta las 14 pm. Aprox. Mientras que solo se cuenta pocas horas a la semana con el traumatólogo y el cirujano general atiende en caso de emergencia ha llamado.

10. ANTECEDENTE HISTÓRICOS DE TIQUIPAYA

En los periodos conocidos de 1542- 1571 sucedieron cambios transcendentales en la historia de Tiquipaya: en 1542 se dieron lugar a las primeras faenas de la colonización, uno de estos primeros colonizadores fue García Ruiz de Orellana quien fue protagonista esencial en los primeros atisbos- del reciente coloniaje. Este personaje había adquirido tierras en Tiquipaya de unos caciques de SipeSipe, que por su peculiar ubicación y campo siempre verde tenía como nombre CHIKIPAYA.

10.1. ORIGEN ÉTNICO

Tiquipaya tiene una composición étnica variada, dentro de los grupos más importantes asentados en la región, se destacan: familias de origen quechua que se hallan en el área rural, a esto se añade en menor porcentaje familias de origen aymará por la migración de familias del altiplano de la Paz, Oruro y Potosí.

10.2. PRESENTACIÓN

El Municipio de Tiquipaya, tercera sección de la provincia de Quillacollo, esta ubicado al Noroeste de la ciudad de Cochabamba a 11 km. Al norte de la Av. Blanco Galindo entre los 17 ° 20 de latitud sur y 65 ° 74' de longitud oeste, con una altura promedio de 2.640 m.s.n.m. en la zona del valle y 4.000 m.s.n.m. en la zona de la cordillera, forma parte de la cordillera del Tunari y del valle central de Cochabamba.

10.3. LIMITES TERRITORIALES.

Limita Este: Municipio del Cercado

Limita Oeste, el paso y LlauquenquiriApote, del Municipio de Quillacollo.

Limita Sud, con el Municipio de Colcapirhua.

Limita Norte, con el Municipio de Ayopaya, Sacaba Coloma y Villa Tunari.

10.4. SUPERFICIE

De acuerdo con la descripción de sus límites, la jurisdicción de Tiquipaya comprende el área que se consigna un total de 186.644.01 Has. (1.866.44Km²).

10.5. ESTRUCTURA POLÍTICO - ADMINISTRATIVA

La división política del territorio que ocupa Tiquipaya consta de 6 distritos, 72 OTB's, un comité de vigilancia, concejo Municipal y un Alcalde.

10.6. DEMOGRAFIA

De acuerdo a los datos del INE en el Censo Nacional de población y vivienda del 2001 el Municipio de Tiquipaya cuenta con 69.791 habitantes, esto significa que ha dado un salto cuantitativo en su peso poblacional, frente al total nacional de 0,2082% en 1992 a 0,4567% en el 2001, la mayoría de la población está asentada en el área rural, y el promedio de vida en municipio de Tiquipaya es de 65 años en los varones y de 77 años en las mujeres

10.7. ÍNDICE DE CRECIMIENTO

Tiquipaya tiene un índice de crecimiento de 9.7 %, constituyéndolo en el segundo municipio de mayor crecimiento ínter, censal a nivel departamental.

10.8. DENSIDAD DE POBLACIÓN

De acuerdo al último censo de población la densidad poblacional por Hab./Km² es de 141,01 habitantes por km².

10.9. IDIOMA

La población de Tiquipaya usa predominantemente el idioma español en el área urbana. En el área rural es más importante el quechua.

Población por Área de Idioma %

ÁREA	Quechua	Aymará	Español	Otro
RURAL	54,28	3,07	42,00	0,68
URBANA	23,28	4,03	71,92	0,84

Fuente: INE, CNPV 2001; Resultados Cochabamba (CD)

10.10. OCUPACIÓN

La agricultura, floricultura, horticultura, fruticultura, lechería, actividades piscícolas, avícolas, crianza de chanchos, camélidos en la cordillera, tejidos y la carpintería. Con relación a la producción agrícola, el 49% del total de la superficie cultivada se destina a este rubro y a la floricultura, la producción de maíz llega a un 22% de la superficie cultivada.

10.11. ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS

En Tiquipaya existen 34 infraestructuras educativas donde funcionan 42 unidades educativas, el equipamiento, mobiliario y material didáctico es deficiente, en cuanto a la dotación de servicios básicos esta aceptable, a diferencia de los establecimientos privados que son en número de 8 donde cuentan todos los servicios básicos y buena infraestructura.

10.12. RELIGIÓN Y CREENCIAS

La región que prevalece en la población de Tiquipaya es la católica, pero en los últimos años como fruto de las migraciones han cobrado importancia las sectas religiosas cristianas evangélicas.

11. ACTIVIDADES CULTURALES

FEBRERO

- 1) Carnaval en Chiquicollo y feria de la ambrosia.
- 2) corzo de carnaval en Chapisirca donde se baila y challa a la pachamama.
- 3) En Tiquipaya central se baila en comparsas y se realiza el concurso de takipyanakus en el coliseo.

ABRIL

- 1) Agasajo a los niños en todos los establecimientos educativos
- 2) Conformación del consejo infantil en la honorable alcaldía.

MAYO

- 1) Festival de residentes mineros, que se realiza en la OTB Max. Fernández en el día del trabajador.
- 2) Feria de la chicha y del La ping.
- 3) Fiesta de San Isidro labrador, realizado en las comunidades de Montecillo Alto y Bajo y en Chapisirca, en la fiesta de Santa Vera Cruz algunos bajan a festejar a valle hermoso donde se Koha y se pide a la Pachamama que les baya bien en sus cultivos y se multipliquen los animales, acompañados de acordeón y quenás

JUNIO

- 1) Feria del Phampaku en la OTB de Kanarrancho.
- 2) Solicitico del año Aymará realizado en la cordillera de la Tiquipaya.

SEPTIEMBRE

- 1) Aniversario de Tiquipaya, se realizan varias actividades como la serenata a Tiquipaya.
- 2) Ferias de las flores, las plantas, concurso de camélidos en la cumbre y feria de la comida típica.

OCTUBRE

- 1) Fiesta de San Miguel patrono del municipio de Tiquipaya y sus arcángeles San Gabriel y San Rafael, se realiza la entrada con fraternidades, la fiesta y por último el calvario.

NOVIEMBRE

- 1) Fiesta de "Todos los Santos" donde se arman columpios, los de la cordillera indican que se olvidan de las penas al mismo tiempo no se olvidan de sus costumbres antiguas como ser de tocar sus charangos, quenás, zamponas y el

acordeón.

2) Fiesta de "San Andrés" donde el pijcheo "Acullicó" de la coca es necesario para trabajar y salvar de las rabias y nos ayuda a recuperar las fuerzas, utilizamos la coca en las reuniones, en los ampliados y en seminarios... Ayuda la coca-es de la Pachamama.

12. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN.-

En los años noventa cuanto me toco hacer mi año de provincia en una comunidad de Vacas en la cumbre del Valle Alto de Cochabamba tenia en mente poner en practica todo lo aprendido en mi facultad y el de cuidar y salvar vidas durante mi estadía en dicha población y vi. algo que me llamo la atención y fue contra mis principios me refiero a la atención del parto cuando el comunario fue al centro de salud donde yo estaba y una auxiliar enfermera donde llego un comunario indicándome que su esposa no podía tener su bebe y me indico que era aquí cerca pero fue a lo contrario fue el camino mas largo que recorrí y cuando llegamos a su domicilio el señor entro e inmediatamente salio de su casa y me indico que ya no era necesario nuestra presencia fue entonces cuando yo y la auxiliar la enfermera, decidimos atenderla ya que llegamos al lugar no iba ser envano, cuando entramos al domicilio y lo que vimos fue que los familiares de la señora púérpera le brindaban cuidados dándole abrigo, y bien protegida y sirviéndose una sopa y el recién nacido estaba en el piso de tierra bañado con el liquido amniótico y continuaba con el cordón y la placenta sin cortar el cordón y lo primeo que hicimos fue atender al bebe y preguntarnos el porque de esa conducta y quedo una duda hasta que días después y preguntar a algunas personas que habitan ahí o han trabajo en lugares como el Dr. Claros y me indico que era una forma de controlar su natalidad me dio a entender de que si moría no significaba mucho por el numero de hijos que ya tenia y al estudiar las múltiples culturas recién pude entender el porqué de esa actitud de los comunarios, posteriormente me toco trabajar en una comunidad de Kami perteneciente a la provincia de Ayopaya en una zona minera durante mi estadía vi como fallecían pacientes

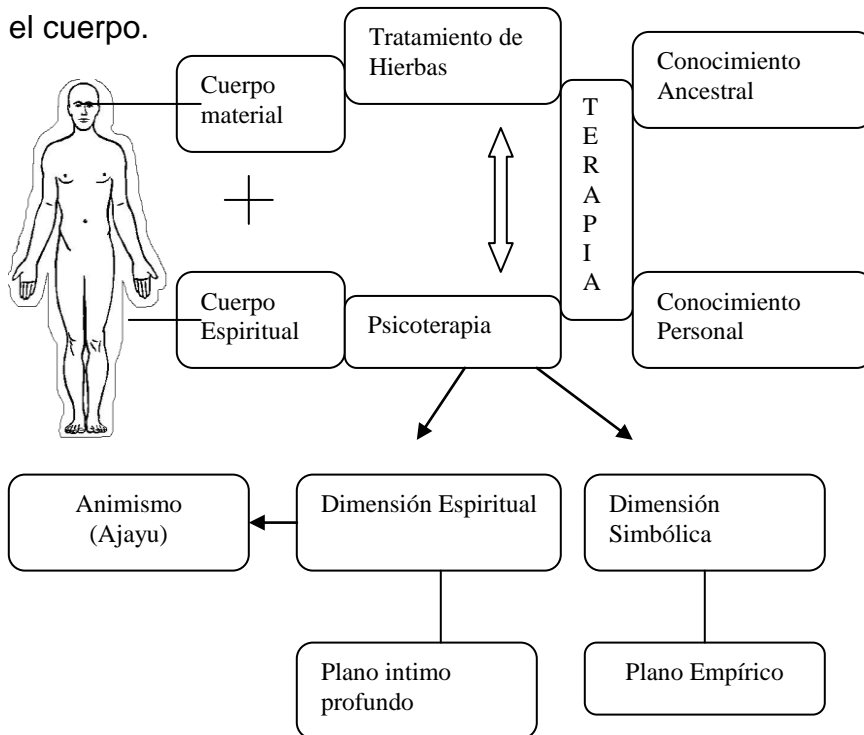
jóvenes a consecuencia de enfermedades que necesariamente podían ser tratadas y curadas quirúrgicamente, me refiero a enfermedades de la vesícula, torsión del intestino grueso (vólvulo) y apendicitis, por lo cual al ver todo esto decidí hacer mi especialidad en cirugía para solucionar estos casos y una vez que egrese como cirujano no fue tan fácil convencer a los pacientes en especial a los del área rural a aceptar una intervención quirúrgica, cuando se les comunicaban que deberían ser operados se negaban, unos indicaban que nos tenían recursos y otros decían que no y solamente querían algunos calmantes o cuando el paciente ya no podía aguantar de dolor a veces aceptaban ser operados y en la mayoría de los casos ya eran con complicaciones, que muy difícilmente eran satisfactorias los resultados del posquirúrgico.

Entonces cuan importante entender la cosmovisión andina ya que las personas del área rural son los que menos aceptan una intervención quirúrgica, la Doctora MariaMucci En su libro psicoprofilaxis quirúrgica toda intervención quirúrgica constituye un enfoque interdisciplinario afectando al núcleo familiar paciente, médicos, asistentes y la institución de salud, por lo que en toda practica quirúrgica supone un alto impacto físico para el paciente y por décadas las relaciones humanas se fueron deterioraron en especial la del médico paciente, causando la deshumanización y la discriminación.

12.1. Cosmovisión Andina.-cuan importante es entender la cosmovisión andina y que el hombre andino donde tiene una visión de su contexto natural y esta conciente que su forma de vida esta predestinada a ser útil a su comunidad, y a la naturaleza ama la tierra, agua, vegetales y montañas, viven en armonía y se resiste a ser cambiado y o absorbido por otros saveres manteniendo su cultura, se dice que el viejo mito del mundo antiguo se conserva en tierras quechuas.

En cambio el hombre occidental se ha teorizado en su futuro y se separar de sus raíces y en la filosofía occidental se observa al hombre como un ser dependiente de si mismo ego centrista, deshumanizado.

12.2. Visión Andina Del Cuerpo.- El Doctor Oscar Velasco docente de la cátedra de la materia interculturalidad nos transmitió sus experiencias y conocimientos indicándonos que todo el cuerpo humano es uno solo, para ellos no existe la división en sistemas y si enferma un órgano del cuerpo humano esta afecta a todo el cuerpo.



FUENTE: CENTRO DE NOTICIAS OPS/OMS BOLIVIA

Para Grober Crespo presidente de SOBOMETRA, el hombre es la suma de energías y el ser humano esta en equilibrio para el medico tradicional y esta compuesto de diferentes ajayus y vienen de la divinidad, entonces si una persona enferma o el cuerpo a sufrido un desequilibrio de unos de sus ajayus, el medico tradicional indica que existe ajayus en lo emocional, mental, anímica y espiritual se alteran y la función del medico tradicional es retornar, armonizar y equilibrar el ajayu mediante ritos con el uso de animales y baños de diferentes hierbas.

En caso de un tumor que sabiendo que le afectara su cuerpo, el hombre andino luchara contra la enfermedad y la muerte sin perder algo de su cuerpo, queda claro entonces que no le tienen miedo a la muerte y a veces la propias familia prefieren que muera unos de sus miembros a ser mutilados y no servir para trabajar en el campo.

12.3. CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD DESDE LA VISION DELA MEDICINA TRADICIONAL.

Como se indico anteriormente el enfermarse constituye una ruptura del equilibrio armónico que existe entre el hombre y la naturaleza y sus ajoyus, antes de una intervención quirúrgica lo que hace la cultura andina es acudir a un medico tradicional y lo que hace el medico tradicional es desinflamar, calmar o curar la enfermedad y así evitar una cirugía ajustando el desequilibrio con tratamientos naturales evitando la extirpación del apéndice, extirpación de vesícula o una cirugía de intestino grueso que es muy frecuente en nuestro medio a consecuencia de la enfermedad de Chagas que es endémica en Bolivia.

Otra cultura que también considera que es muy importante vivir en equilibrio y en armonía es la cultura china, lo que es el Yang y Yin que son dos fuerzas opuestas y complementarias que se encuentran en todas las cosas y sigue un patrón como: luz/oscuridad, sonido/silencio, calor/frío, vida/muerte, mente/cuerpo, mujer/hombre, etc.

El Yin(negro) es el principio femenino, la oscuridad y la pasividad, etc. El Yang (blanco) es el principio masculino, el cielo, la luz, etc.

12.4. Medicina tradicional.- En el mundo de la diversidad curativa en el área rural el hombre andino no quiere ser agredido con un cuchillo porque según ellos existe otra forma de curar las enfermedades.

- Hierbatero.- llamado también curandero. Utilizan las hierbas medicinales, remedios de origen vegetal o animal y ocasionalmente utiliza medicinas científicas popularizadas para curar dolencias o “enfermedades del campo”, excepto el mal blanco o brujería.
- Curador del espanto.- agente que tiene habilidad de curar el espanto, unos son mas acreditados para los niños y otros para los adultos, o para ambos.
- Curador del mal aire.- es un agente que tiene experiencia en curar el mal aire, en muchos casos el mismo agente es quien cura el espanto y el mal aire, incluso tomándolas como patologías coexistentes.

- Curador de lisiados.- denominado también sobador kawidor. Son gentes de medicina tradicional que atienden problemas relacionados con los huesos, articulaciones y partes blandas, provocados por traumatismos. Popularmente también se lo conoce como huesero.

En general podemos afirmar que los médicos tradicionales se empeñan en curar las enfermedades, ofrecer protección, mantener el equilibrio social, familiar e individual con la naturaleza.

13. TRATAMIENTO UTILIZADOS POR LAS FAMILIAS.

En este se toman en cuenta los métodos terapéuticos más comunes utilizados en las prácticas de medicina tradicional tenemos:

Fitoterapia.- parte de la medicina naturista que trata del estudio y la utilización de productos de origen vegetal con fines terapéuticos. Consiste en mantener la salud y tratar la enfermedad con remedios en base de plantas medicinales, sus extractos y otros derivados. El aumento del uso de la Fitoterapia en los últimos años se debe principalmente al alto nivel de conocimientos que, mediante estudios científicos, han demostrado las propiedades terapéuticas de las plantas medicinales. El remedio fitoterápico debe cumplir unas normas de calidad en cada una de las fases de elaboración y distribución.

14. CARACTERÍSTICAS DE LOS REMEDIOS CASEROS.-

Sus usos al relacionarse con experiencias eficaces y por referencia de parte de miembros familiares de edad avanzada o por conocimientos transmitidos por generaciones anteriores, hacen de estas medidas terapéuticas confiables para la mayoría de miembros familiares adultos, especialmente por las madres de familia que frecuentemente tiene que resolver eventos nocivos de la salud en sus hijos.

Las características del uso de remedios caseros dependen de los conocimientos y de la experiencia de parte de quien los usa. Pueden usarlos como tratamiento único y como medio complementario en la curación de las dolencias,

Generalmente son usados solos por varios motivos.

- Cuando la familia tiene dificultades en el acceso económico, geográfico y cultural a los servicios de salud.
- Rechazo manifiesto a la medicina química y farmacéutica.

Esto nos hace afirmar que el remedio casero está fuertemente posicionado en la salud de las familias, que generalmente no cuentan con adecuados centros de salud. Otro aspecto importante de destacar es que se usan con mucha frecuencia como complemento al tratamiento instaurado por parte de profesionales médicos de los servicios de salud.

15. ENFERMEDADES QUE RECIBEN TRATAMIENTO EXCLUSIVO MEDIANTE MEDICINA TRADICIONAL.

15.1. Espanto o susto (jap`eka)

Esta es una de las enfermedades más frecuentemente referida. Es ocasionada por una pérdida del alma o una contaminación espiritual, afecta más a los niños, sin embargo puede suceder en adultos sean hombres o mujeres y en las embarazadas.

Es producto al parecer de una experiencia aterradora “se caen”, “se caen al agua”, “se les hace asustar”, cuando tiene “fuertes impresiones de algo”, “cuando se caen en una acequia, quebrada”, “río o en la piscina”. El espanto por agua es más peligroso según la referencia de un agente de medicina tradicional.

15.2. Mal aire (huayrasqa o chirisqa)

El mal aire es el mayor asesino de los niños, y su responsable es el viento. Existe dos tipos de mal de viento, los fuertes y débiles. Los primeros afectan al hombre y deben ser potentes y los segundos afectan a los niños que son más débiles. Su forma de actuar es provocando un desequilibrio caliente frío cuando una persona (adulto o niño) ha estado o permanece en lugares donde no se debe como por ejemplo en terrenos, quebradas, montes, sitios anteriormente descritos, se siente

que el cuerpo se corta (escalofríos). Un agente refirió que también se presenta cuando se sale abrigado a la neblina y es entonces cuando algún espíritu maligno se le pega, generalmente afecto a las personas débiles.

Provoca una gran debilidad en la persona, además de dolor de cabeza, fiebre, diarrea, reumatismo, vomito, convulsiones, escalofríos y duele cualquier parte del cuerpo.

15.3. Pasma de ánima

Enfermedad producida al pasar o haber estado en un cementerio. Se manifiesta con malestar general, duermen mucho, no tiene animo de nada, no comen, se van enflaqueciendo, hay diarrea, vomito y dolor de estomago.

15.4. Colerina (Afección Hepática)

Sucede cuando tiene discusiones o peleas fuertes tanto en el propio hogar como fuera de el, se presenta e n personas que tiene mal genio, reniegan y pelean. Se manifiesta por dolor de estomago, nauseas y vómitos biliosos, a veces dolor de cabeza.

15.5. Orejado:

Esta enfermedad se produce en personas débiles, siendo mas frecuentemente en niños, se produce por la percepción de aromas desagradables que enferman el espíritu de quien la enferma; manifestándose con irritabilidad, inapetencia, dolor de cabeza y vómitos.

15.6. Mala suerte o Laikaska

La mala suerte o la brujería emanan del ser humano y ya no de fuerzas externas como las anteriores.

Es producto de una vida que puede afectar a la persona. A su familia o sus propiedades. Un mal vivir se relaciona con la mala suerte. Este mal vivir pueden ser peleas conyugales, familiares o con los vecinos, vagancia, alcoholismo y sobre todo adulterio.

Provoca accidentes, muerte de animales o la muerte de las personas.

La enfermedad que provoca la persona siniestra ataca a las crías bonitas de los animales y es provocada por poderes malignos que emanan de ciertos seres humanos que tiene mal corazón y vida impropia. Es gente mentirosa o codiciosa y que tiene relaciones extramatrimoniales. En los seres humanos se presenta como bocio, o como infestaciones parasitarias.

15.7. Diarreas (k`echalera)

Los niños se deshidratan perdiendo la mayoría de su líquido corporal a consecuencia de infecciones por consumo de alimentos sucios, falta de agua potable, siendo una de las primeras causas de muerte.

15.8. Sobrepardo

Según las parteras este sobrepardo ocurre cuando hay un trabajo de parto muy prolongado en tiempo, y se realiza al mismo tiempo maniobras como: cristeles, manteo y otros causando una debilidad y daño neurológico que les dificulta el caminar

16. PROBLEMAS

Algunas comunidades llevan miles de años utilizando la medicina tradicional. Cuando las prácticas de la medicina tradicional son adoptadas por nuevas poblaciones, pueden producirse problemas.

16.1. Políticas y reglamentación nacionales.

No hay muchos países que cuenten con una política nacional en la materia. La heterogeneidad en las definiciones y clasificaciones de las terapias de la medicina tradicional hace que resulten difícil es regular los productos procedentes de esta medicina. Según el país de que se trate, un producto herbario. Esta disparidad en la reglamentación que los distintos países aplican influye en el acceso a los productos y su distribución a escala internacional.

16.2. Seguridad, eficacia y calidad.

Son escasos los datos resultantes de ensayos científicos destinados a evaluar la seguridad y eficacia de los productos y las practicas de la medicina tradicional. Aunque hay datos demostrativos de que la acupuntura, algunos medicamentos herbarios y ciertas terapias manuales (por ejemplo, el mensaje) son eficaces para tratar determinadas enfermedades, se precisan más estudios de productos y prácticas.

Los requisitos y métodos para esas investigaciones y evaluaciones son complejos. Por ejemplo, puede resultar difícil evaluar la calidad de productos herbarios acabados. Su seguridad, eficacia y calidad depende de la calidad de las materias de origen (que pueden ser centenares) y del modo en que esos elementos son manipulados en los procesos de producción.

16.3. Saber y Sostenibilidad.

Las materias para elaborar productos herbarios se obtienen a partir de poblaciones vegetales silvestres o de plantas médicas cultivadas. El creciente mercado de productos herbarios podría conducir a un exceso de recolección de plantas y amenazar así la diversidad biológica. Una praxis deficiente de cultivo y recolección podría saldarse con la extinción de especies vegetales amenazadas y la destrucción de recursos naturales. Para perpetuar la medicina tradicional se requiere un esfuerzo para preservando tanto las poblaciones de plantas como el conocimiento sobre sus usos con fines medicinales.

16.4. Seguridad del paciente y utilización.

Mucha gente piensa que los medicamentos son seguros (o inofensivos) porque son herbarios (naturales) o tradicionales. Sin embargo, las medicinas y prácticas tradicionales pueden provocar reacciones dañinas o adversas cuando el producto o tratamiento en cuestión es de mala calidad, se toma de forma inadecuada o se simultanea con otros medicamentos. Es importante que los pacientes conozcan mejor procedimientos de utilización segura y que los dispensadores de medianas tradicionales o de otra índole estén más formados y haya mas colaboración y comunicación entre ellos.

Ejemplo: la voz de Cochabamba donde informa muerte de un niño por intoxicación de ayrampo, quemadura de segunda grado por vapor y otros.

17. PROPUESTA DE LA OMS

La OMS y sus estados miembros colaboran para promover el uso de la medicina tradicional en la atención de salud. Con esta colaboración se pretende:

- Apoyar a la medicina tradicional e integrarla en los sistemas de salud de los países n combinación con políticas y reglamentos nacionales sobre los productos, las prácticas y los practicantes para garantizar la seguridad y calidad.
- Garantizar que se aplican practicas y se utilizan productos que sean seguros, eficaces y de calidad a tenor de los datos científicos existentes.
- Reconocer la medicina tradicional en el marco de la atención primario de salud a fin de incrementar el acceso a la asistencia sanitaria y preservar conocimientos y recursos.
- Velar por la seguridad del paciente mejorado el nivel de conocimiento y competencia técnica de los practicantes de la medicina tradicional.

18.- RESULTADOS

Los resultados se categorizaron de acuerdo a los factores que influyen para la negación a acceder a un tratamiento quirúrgico, resultado de la pregunta ¿Por qué no se aceptaba una intervención quirúrgica?.

- **Temor** a que se les dejen en su interior algodones, tijeras y gases, frecuentes en las prácticas quirúrgicas, y la profusión de esta información muchas veces sobredimensionadas. Porque se cree que la intervención quirúrgica tiene graves consecuencias para el cuerpo porque *después la mujer ya no vuelve a ser la misma padece de dolor de espalda y ya no sirve para más adelante o hacer actividades normales*. Porque según ellas operadas ya no sirven ya no sirven para realizar trabajos fuertes y mucho menos levantar bultos pesados.

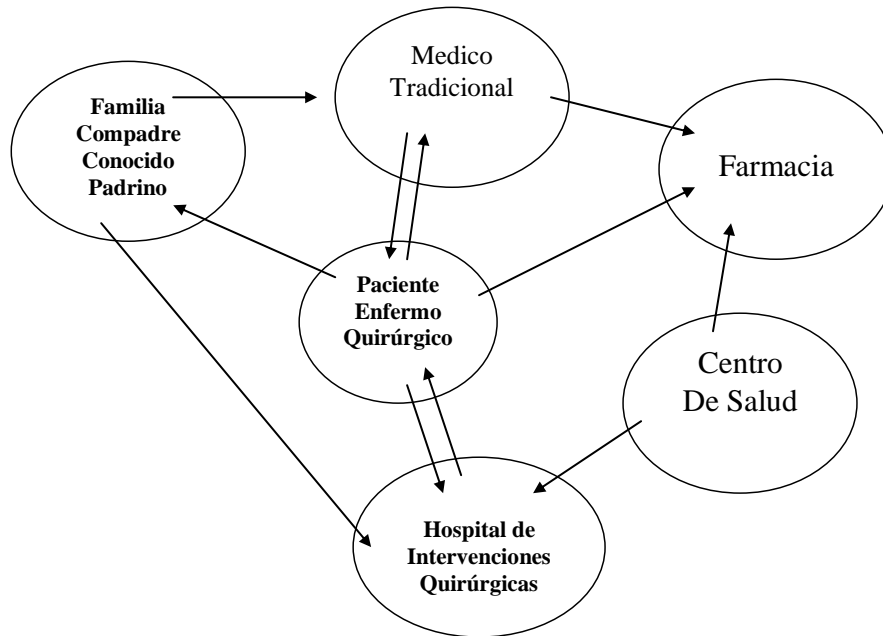
- La población asume un **mal trato** de parte del personal, con un fuerte componente de discriminación por sus formas de vestir, formas de expresarse y fundamentalmente asumen una “ignorancia” del campo quirúrgico

- **Discriminación por razón étnica.** La población se presenta al servicio de salud con sus propios paradigmas y sus tradiciones, sin encontrar una correspondencia en el personal de salud, con frecuencia el rechazo se expresaba en términos como *“por que vienen sucios” “están de mal olor”, “no te entiendo lo que hablas, habla en castellano”, , “los tiempos que esperamos son mucho, cuando los médicos no están haciendo nada y nos hacen esperar sin motivo”,*

- **Agresividad,** con frecuencia la información está acompañada de actitudes agresivas, asumen los servidores públicos en salud que no es obligación dar información, no existe mecanismos expeditos de información ni mucho menos el ejercicio de sus derechos, pese a la presencia de información escrita en afiches, sin embargo, estos no expresan ni son significativos para la población.

- **Automedicación**, el flujo terapéutico nace con la búsqueda de atención de lo disponible, son los médicos tradicionales una primera respuesta, luego esta la farmacia, incluso la medicación casera a partir de una vecina, familiar o comadre, asumiendo que tienen mas conocimiento para curar sus enfermedades o dolencias

FLUJOGRAMA TERAPEUTICO DEL PACIENTE QUIRURGICO



Fuente Elaboración propia

- **Desconfianza**, históricamente el sistema de salud ha generado un nivel de desconfianza en la medicina convencional, asumimos hipotéticamente que las razones fundamentales son: a) Mal trato por razón social y/o étnica, b) Costos que la población no puede pagar, c) No comprender la propuesta terapéutica que oferta la medicina tradicional, d) No reconocer la medicina tradicional o las costumbres como un apoyo al tratamiento convencional, e) Estructura institucional construido con modelos colonizados de la salud con exclusión de los valores tradicionales y f) No presencia de la medicina tradicional, pese a la política mandataria de articular la medicina tradicional con la medicina convencional.

- **Negación del modelo de atención participativa**, la atención de salud niega sistemáticamente la participación del entorno familiar, especialmente en actos quirúrgicos, atención del parto, cuando la población participación; *“soy del campo y yo solo quiero que cuando tenga hijos, me enferme solo Quero que me atienda mi esposo porque es el único que puede saber de mi”, “por que no me dejan tener mi hijo con mi pariente, ellos se cierran y no sabemos lo que pasa”.*

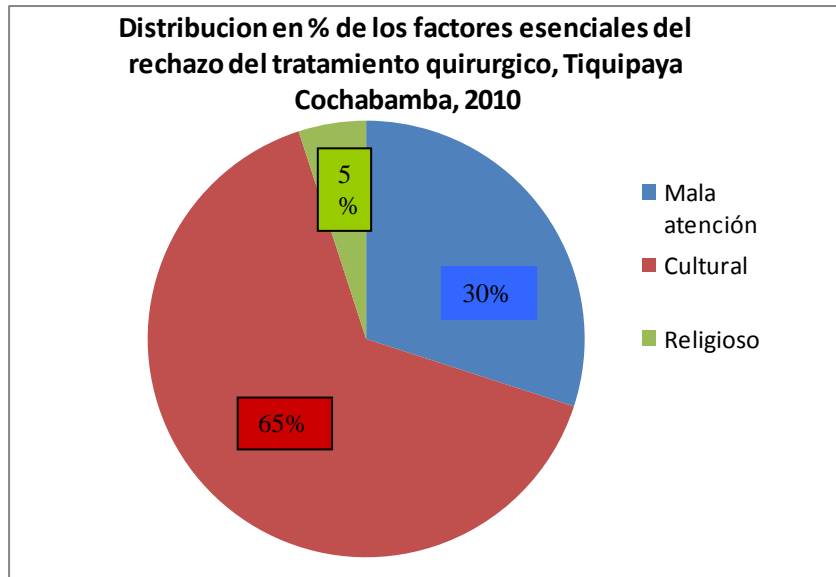
En resumen 100 por ciento de la población participante no confía en el hospital para someterse a una intervención quirúrgica, esta constatación tiene una correlación con las propuestas en la literatura propuesta en este campo de conocimiento es la población del área rural prefiere primero someterse a un tratamiento mediante hiervas por el valor que implica estos tratamientos, por la disponibilidad y la posibilidad de acceso.

La creencia mas fuerte es que asumen que *se los extirpa algo del organismo del cuerpo ya no servirá para el trabajo.*

Razones principales de la negación a una atención quirúrgica

Preguntamos sobre el factor o causa de rechazo a una intervención quirúrgica, los resultados sistematizados reflejados en la grafica siguiente muestra un énfasis los factores culturales.

Grafica Nro. 4



En este tipo de pregunta un 65% está enraizado en el aspecto cultural y sus creencias y un 30% indica que la causa es una mala atención que se les brinda a ellos cuando acuden a un hospital para curar sus enfermedades.

En cuanto a la pregunta que ¿si alguna vez han escuchado o visto curar enfermedades que tiene indicación quirúrgica? (sin operación).

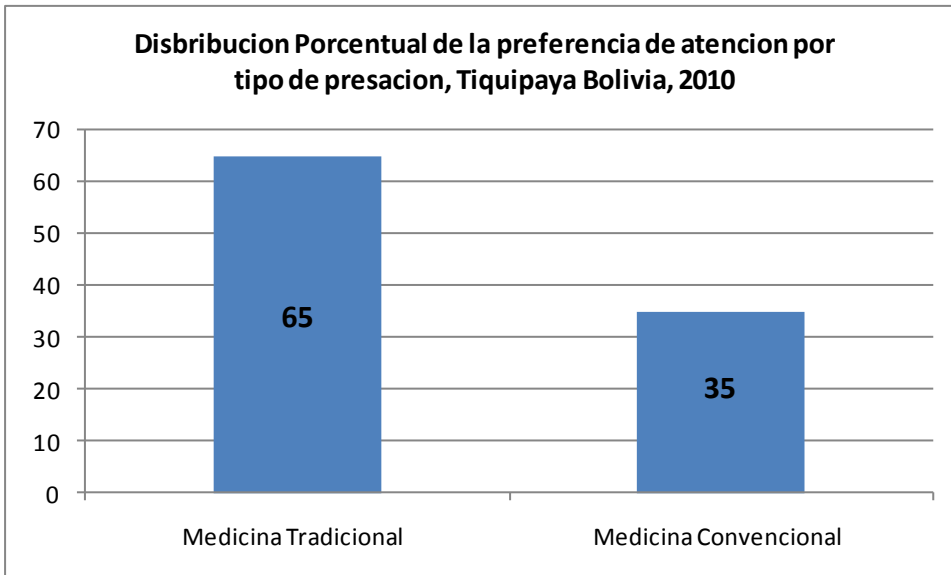
La respuesta fue en un 90% no vieron nada y que en la mayoría de los casos este tipo de enfermedades fueron solucionados mediante ritos, animales y hiervas.

Se puede deducir que un número mayor de las personas tiene conocimiento e inclusive recibieron tratamiento mediante la medicina tradicional para sus diferentes enfermedades que tiene y se curan mediante este método y solicitan y desean que se difunda mas los alcances de la medicina tradicional en Bolivia y que sea gente especializada y brinde atención en los hospitales.

Me hice la pregunta de porque no aceptaban dicha cirugías y a veces veía que acudían a sus padrinos donde ellos tenían la última palabra, en mi trabajo de investigación tuve varias respuestas unos indicaron que les trataban muy mal, se les discriminaban o solo servían para el estudio, otros indicaban que se les sacaban líquidos y dos respuestas que me llamo la atención, es que solo su pareja podía ver su cuerpo y nadie mas, otra versión fue que me indicaron que cuando

llegan al hospital muchos salen muertos.

Los resultados fueron de toda la población encuestada se puede apreciar que un 65por ciento de la muestra recurre a la medicina tradicional para curar cierto tipo de enfermedades, mientras que el 35 % recurre a la medicina convencional, en sus múltiples expresiones, la farmacia, el medico particular, el centro de salud publico o la seguridad social.



19.- CONCLUSIONES

35% de la Población asume que el rechazo a tratamientos quirúrgicos se debe al mal trato en los hospitales, expresados en tiempos de espera y complicaciones quirúrgicas.

65% de la población no recurre a un tratamiento quirúrgico por razones culturales, expresadas en miedo a la sangre, recursos encontrados en la medicina tradicional sin valorar sus efectos, y que son los ritos, la magia y el uso de animales y hierbas las que solucionan sus problemas de salud vinculado al tratamiento quirúrgico.

65% de la población busca primero atención en la medicina tradicional en muchas de sus expresiones, uso de hierbas para curar sus dolencias en especial si son de leve intensidad.

La población de sectores rurales tiene más acceso a servicios de la medicina tradicional por su disponibilidad más cercana con relación a un establecimiento de salud.

Se ha podido constatar que la cultura ancestral de la población en estudio, maneja un paradigma tradicional asumiendo que los recursos naturales son los mejores que la medicina convencional propuesta en los establecimientos de salud, tanto es así que en los casos de dolencias graves en especial los que afecta la parte abdominal y fracturas en los huesos se sigue recurriendo como primera instancia a las hierbas en forma de infusión.

No recurrir oportunamente a un servicio de salud de cualquier naturaleza, implica una complicación del cuadro clínico tal el caso de problemas quirúrgicos cuyo primer recuso son los emplastos como ejemplo podemos citar: en las apendicitis (enfermedad del apéndice). Colecistitis (enfermedad de la vesícula biliar), Vólvulo (torsión del intestino grueso) y peritonitis provocándoles la muerte.

20.- RECOMENDACIONES.

Se debe mejorar la calidad de atención en el hospital y generar un clima de aceptación a tratamientos quirúrgicos mediante un proceso de capacitación al personal vinculado a la articulación de la medicina tradicional con la convencional.

Generar protocolos de investigación operativa en el nivel local para buscar evidencia de la efectividad del tratamiento quirúrgico por razones culturales, como son los ritos, la magia y el uso de animales y hierbas las que solucionan sus problemas de salud

Incorporar al sistema médicos tradiciones que permita la atención de la población que busca primero atención en la medicina tradicional en muchas de sus expresiones, uso de hierbas para curar sus dolencias en especial si son de leve intensidad. De esta manera dar más acceso a servicios de la medicina tradicional por su disponibilidad.

Generar con el compromiso de autoridades el fomento de la cultura ancestral de la población en estudio asumiendo que los recursos naturales son los mejores que la medicina convencional propuesta en los establecimientos de salud.

Generar un programa de sensibilización para que la población para que la población recurra oportunamente a un servicio de salud de cualquier naturaleza

Como dijo Grover Zambrana presidente de SOBOMETRA *“la medicina tradicional debe articularse con la medicina convencional y juntos solucionar las dolencias que presentan los pacientes en especial aquellas que tiene indicación quirúrgica y así evitar las muertes en especial de aquellos pacientes que son económicamente activas y productivas brindándoles una calidad de vida acorde a las nuevas políticas de cambio e inclusión que se da en nuestro país, y revertir todo aquello negativo que dice la gente de los hospitales estatales ya que la población solicita que se difunda los alcances de la medicina tradicional y que sea gente especializada y brinde atención en los hospitales”*.

De acuerdo a los resultados que se obtuvo creemos que los bolivianos necesitamos un cambio de actitud como lo hizo el doctor Javier Torres Goita que aplico las estrategias de salud en beneficio del país dando personería jurídica a la medicina originaria y con el transcurso del tiempo algún día la medicina occidental y la medicina tradicional trabajaran conjuntamente dejando de lado la discriminación de nuestros hermanos bolivianos.

Creemos que las experiencias del Dr. Manuel Amunarris medico sacerdote con 30 años de experiencia en el hospital de Nuevo Roca Fuerte ubicado en la selva amazónica del Ecuador a orillas del Río Napo donde la mayoría de los pacientes son indígenas y a la pregunta de que experiencias ha tenido en el ejercicio de su profesión al tratar con pacientes indígenas ¿cree usted que hay rechazo de parte de los indígenas frente a la medicina occidental y a la cirugía? Y la respuesta fue la gente reacciona según el trato que se le da si existe respeto reacciona de la misma manera y lo mas fundamental no debemos de pasar por alto el aspecto cultural y el Dr. Menciona que ha tenido muchas emergencias quirúrgicas y debemos de tomar en cuenta los conceptos de enfermedad y salud que tienen otra dimensión y que la diferencia fundamental entre los pensamiento de la medicina occidental y la medicina tradicional donde el uno se basa en la ciencia biológica y el otro tiene una visión mágica y se la debe respetar, la medicina indígena se debe considerar como alternativa para el tratamiento en los hospitales como una estrategia intercultural en salud, sea en los hospitales y en su propio habidad debemos entendernos, comprendernos y respetarnos cada uno con sus saberes y recalco nuevamente necesitamos un cambio de actitud atenderlos con calidad y calidez cuando acuden al hospital, se les debe explicarles bien en que consiste su enfermedad mejor si es en su propio idioma para que los pacientes indígenas del área rural acepten una intervención quirúrgica.

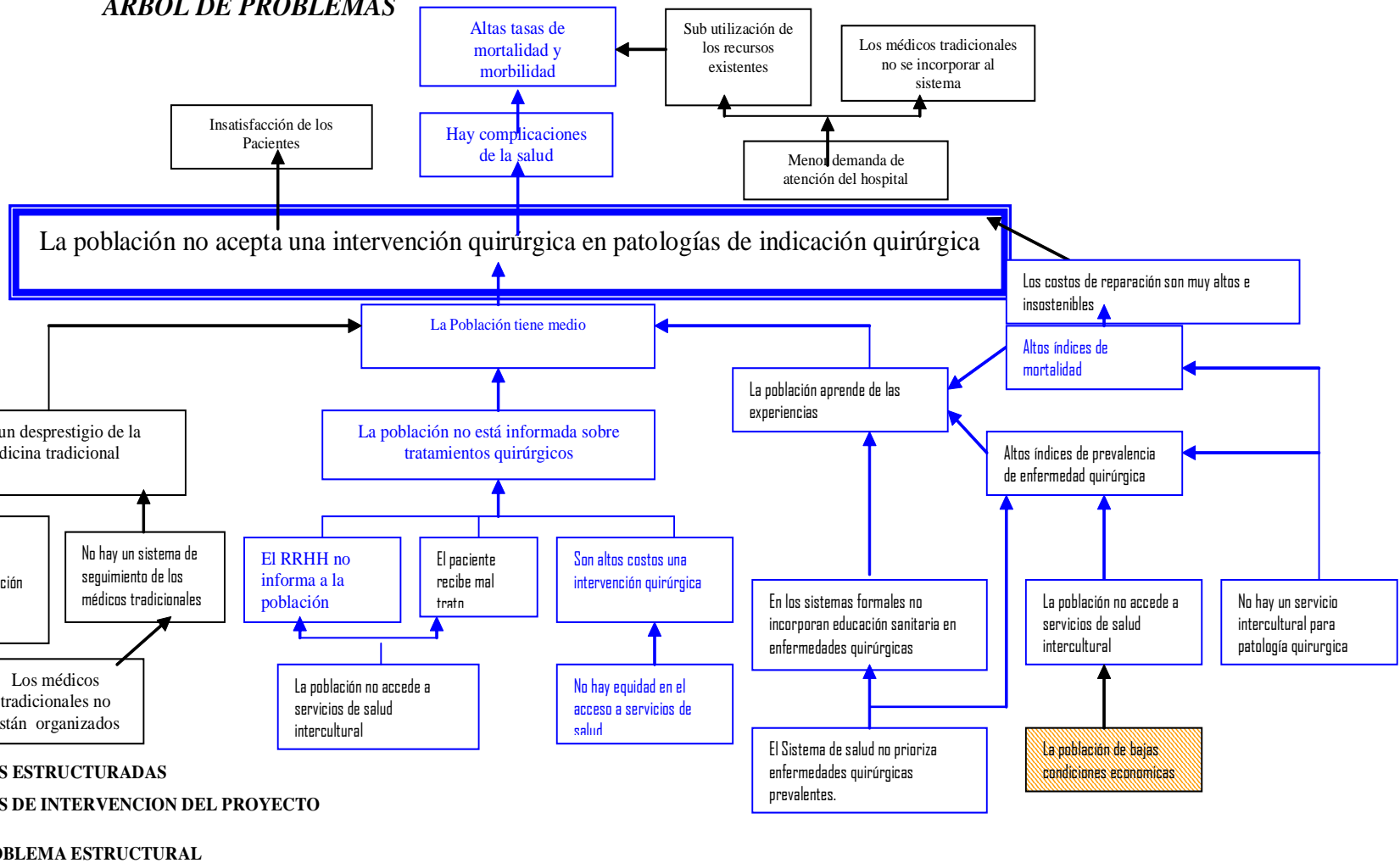
También recomiendan que debemos mejorar las infraestructuras hospitalarias, fortalecer con recurso humano para poder entenderlos estableciendo relaciones humanas de (mutuo aprecio y respeto) y establecer medios educativos, explicativos en salud y otras determinantes de salud, valorar sus costumbres, cultura, no oponerse a un tratamiento alternativo por parte de los pacientes pero debemos si realizar si las respectivas recomendaciones para evitar complicaciones para e bienestar y la buena vida (allincausay).

21.- Proyecto de Intervención

E
F
E
C
T
O

ÁRBOL DE PROBLEMAS

C
A
U
S
A

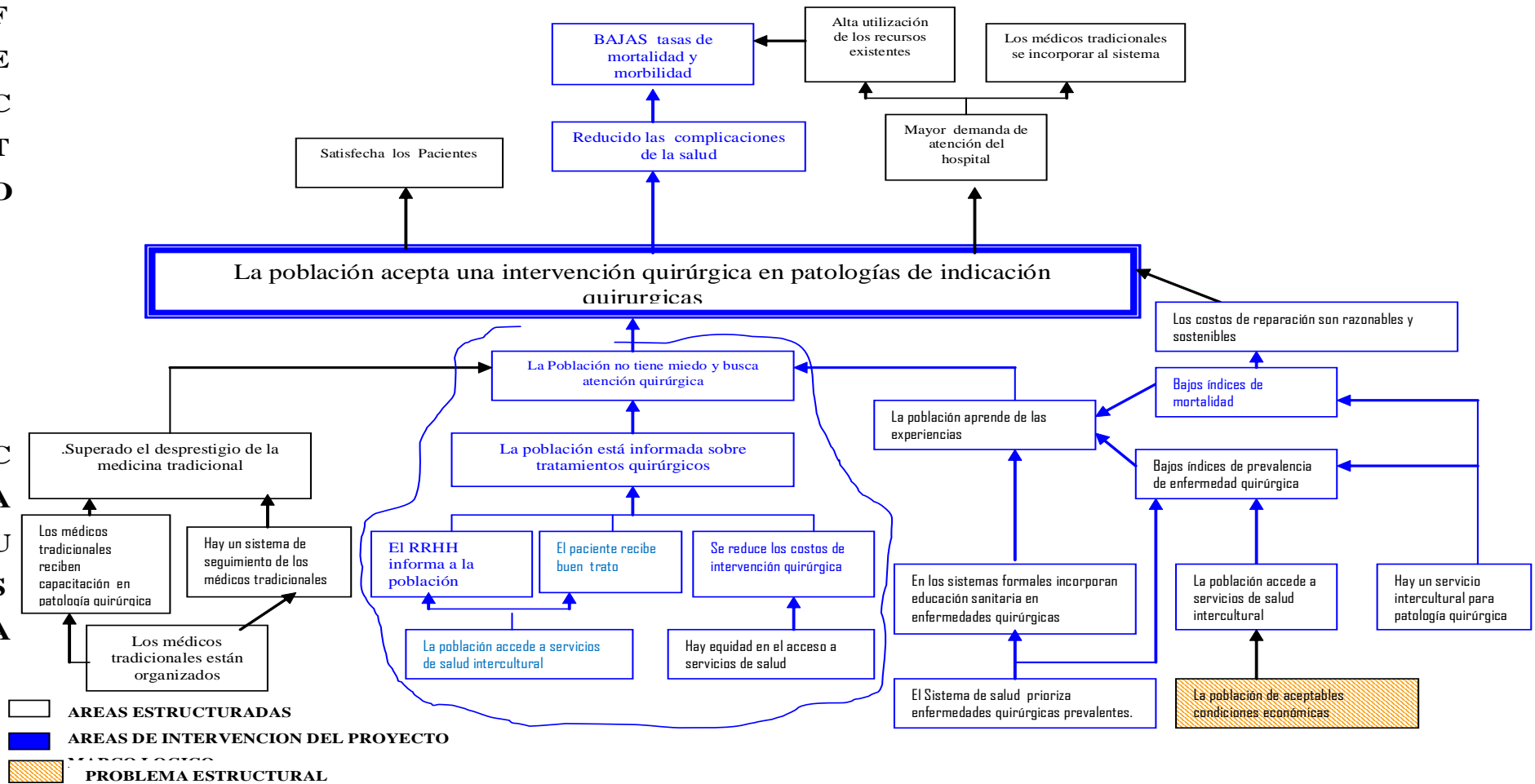


22.- Proyecto de Intervención

ÁRBOL DE OBJETIVOS

E
F
E
C
T
O

C
A
U
S
A



23.- Resumen de Objetivos	Indicadores	Fuentes de Verificación	Supuestos o Hipótesis
Objetivo General Reducir las tasas de mortalidad y morbimortalidad de enfermedades quirúrgicas	20% reducida la mortalidad por causas de enfermedades quirúrgicas al final del proyecto.	Informe del snis	
Objetivo Especifico Promover que la población acepte una intervención quirúrgica en patológicas de indicación quirúrgicas con enfoque intercultural.	60% de la pob. Acepta tratamiento quirúrgico sobre la base de la gestión anterior	Informes del Serv. De Salud	El sistema Nacional de Salud Promueve y fomenta la atención de las enfermedades quirúrgicas.
Resultados R.1 La población no tiene miedo y busca atención quirúrgica R.2 La población esta informada sobre tratamientos quirúrgicos R.3 El paciente recibe buen trato R.4 La poblaron accede a servicios de salud intercultural.	R1.- 20% de la pob. Indígena aumenta la atención quirúrgica al final del proy. R2.- 100% de la pob. Ha recibido información sobre tratam. Quirúrgicos R2.- 60% de la pob. Informada busca atención quirúrgica R3.- 80% de la población atendida expresa satisfacción del trato en el C. de S. R3.- 20% de la pob. Expresa curación total con tratamiento quirúrgico. R4.- 40% de la pob. Accede a ínter consulta con medicina tradicional. R4.- 20% de la pob. Atendida en el centro ha sido referida por un medico tradicional.	Informes del Centro de Salud, Cuadernos quirúrgicos y Reportes de los Médicos tradicionales	EL SEDES a través de la Dirección de Medicina Tradicional impulsa iniciativas de atención quirúrgica con enfoque intercultural
Actividades R.1 La población no tiene miedo y busca atención quirúrgica Adapta el quirófano para visualización de los familiares Sensibilizar al personal quirúrgico para atención al paciente Sensibilizar a la población usuaria sobre las ventajas del tratamiento quirúrgico	Ver cronograma	Ver ejecución presupuestaria: Facturas, informes, fotografías.	Contamos con desembolsos financieros el fondo social de la comunidad a través de una organización no gubernamental.

<p>R.2 La población esta informada sobre tratamientos quirúrgicos.</p> <p>Elaborar cuñas radiales sobre incidencia de la patología quirúrgica en idioma nativo.</p> <p>Elaborar trípticos para difusión en población que acude al hospital en idioma nativo.</p> <p>Elaborar carteles educativos sobre prevalencia de enfermedades quirúrgicas en idioma nativo</p> <p>R.3 El paciente recibe buen trato</p> <p>Capacitar al personal de salud en buen trato y salud intercultural</p> <p>Organizar el establecimiento con indicaciones en el propio idioma</p> <p>R.4 La población accede a servicios de salud intercultural</p> <p>Promocionar la medicina intercultural en la población de Tiquipaya y comunidades</p> <p>Apoyar iniciativas de articulación de la medicina tradicional con la medicina convencional</p> <p>Apoyar los programas de fomento al cuidado de la salud.</p>			
---	--	--	--

25.- PRESUPUESTO

PRESUPUESTO Proyecto de reducción de mortalidad por causa de enfermedades quirúrgicas en BOLIVIANOS						
Detalle	BOLIVIANOS					TOTAL
	UNIDAD	CANTIDAD	DIAS	VECES	UNITARIO	
PERSONAL LOCAL						142.500,00
Coordinadora Local (Comunicadora bilingüe)	contrato anual	1		1	33.600,00	33.600,00
Asistente de comunicadora	contrato anual	1		1	12.600,00	12.600,00
Remuneración a personal de medicina tradicional con diferentes estrategias	mes	15		12	500,00	90.000,00
Capacitador para personal médico y auxiliar	Contrato	1			2.100,00	2.100,00
Capacitador para comunidades (consultor por producto)	Contrato	1		15	280,00	4.200,00
VIAJES Y ALOJAMIENTOS						16.550,00
Combustible	litros	20	3	30	3,75	6.750,00
Viáticos para chofer circunstancial	persona	1	3	30	20,00	1.800,00
Pasajes terrestres	pasajes	2	200	1	20,00	8.000,00
FUNCIONAMIENTO						142.000,00
Refrigerios para talleres de personal médico	persona	30	4	4	30,00	14.400,00
Refrigerios para talleres en OTBs	persona	60	1	80	20,00	96.000,00
Banners	pza.	10			300,00	3.000,00
Afiches	pza.	500			2,00	1.000,00
Trípticos	pza.	1000			1,00	1.000,00
comunicaciones	mes	12		1	150,00	1.800,00
Elaboración y difusión de cuñas radiales	Cuñas	6	200	3	2,00	7.200,00
Implementación de señalética en idioma nativo	pza	40			50,00	2.000,00
Combustible	Lts	500	1	2	3,80	3.800,00
Gastos financieros	Varios	1	1	1	400,00	400,00
Insumos de computación	pza.	3	1	3	600,00	5.400,00
Gastos Varios	Varios	1	1	2	3.000,00	6.000,00
Alquiler de un ambiente	Mes	1		12	350,00	4.200,00
Producción de incentivos o mat. de orientación para apoyo	Lote	1			20.000,00	20.000,00
EQUIPAMIENTO						21.180,00
Adaptacion de quirófano para visualización de intervenciones por parientes	Obra	1			20.000,00	20.000,00
Camara	Pza	1	1	1	1.000,00	1.000,00
Data Display	Equipo	1	1	1	4.550,00	4.550,00
Computador portatil	Equipo	1	1	1	7.550,00	7.550,00
Impresora	Equipo	1	1	1	380,00	380,00
Filmadora	Equipo	1	1	1	2.000,00	2.000,00
Gavetero	Mueble	1			1.500,00	1.500,00
Escritorio metálico	Mueble	1	1	2	2.100,00	4.200,00
TOTAL SOLICITADO						322.230,00

BIBLIOGRAFIA

- CHAUMEIL JEAN PIERRE 2003 Transformaciones de un Sistema Medico Indígena, Cuerpo y cirugía entre los yagua de la amazonia peruana Francia PAG. 87-94
- JUAREZ GERARDO FERANDEZ 2004 Sin abrir el Cuerpo Cirugías Amerindias Universidad de Castilla la Mancha España, Pág. 7-35
- VENERA DANNHARDT MICHAEL KNIPPER 2009 Treinta años de Cirugía en la Amazonia Ecuatoriana Las experiencias del Dr. Manuel Amunarriz Universidad de Huyesen Alemania Pág. 2003
- GIL GARCIA FRANCISCO M. 1992 Entre la Medicina y la Magia Apuntes sobre cirugía entre los pueblos de América prehispánica Universidad Complutense Madrid España Pág. 69-85
- GONZALES LUISA ABAD, CAÑETE ANA ISABEL 2001 La Falsa Apendicitis Reflexiones ante el imperativo quirúrgico en el ámbito de la amazonia peruana. Universidad de Castilla la Mancha España Pág. 107-117
- PENARANDA JORGE E. MEDICO ANASTECIOLOGO 2000 Pueblos Indígenas desde la sala de Operaciones Hospital Corazón de Jesús El Alto Bolivia Pág. 197-201
- CERVINI FRANCESCA 2006 Cesáreas y Ligaduras de Trompas (Testimonio de una mujer quechua del norte Potosí Bolivia) Universidad (Lasapiensa) de Roma Pág. 165-177
- SAPERAS RAIMON ROVIERA OBTETRA GINECOLOGO 2003 Cirugía y Pueblos Originarios Cirugía terapéutica a divinatória en algunas sociedades africanas. Universidad Barcelona España Pág. 219-231
- JUAREZ LORENZO MARIANO 2004 Hospital Operaciones y Representación en el Oriente de Guatemala Universidad de Castilla la Mancha España Pág. 95-105

NAVARRO ROBERTO CAMPOS 2000 Experiencia sobre la Salud Intercultural en América Latina Universidad Autónoma México Pág. 129-146

MUCI MARIA 2004 Psicoprofilaxis Quirúrgica 1ed. Buenos Aires Pág. 23-43

DIEZ CANSECO LUPE CAMINO Programa Apoyo a la Modernización del Sector Salud y Aplicación en una región al Perú. Pág. 2-28

BASTIEN JOSEPH W. La Montaña del Cóndor La paz Bolivia Pág. 16-46

LOZADA BLIZTHZ Cosmovisión y Política de los Andes

Vol. 8 Post Grado Facultad de Humanidades Universidad de UMSA La Paz.

FERNANDEZ JUAREZ FERNANDO Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymará El Alto La Paz

Citas Bibliográficas

ⁱ Señora de 85 años de edad, vendedora de koa e incencio y hierbas medicinales en la pampa de la ciudad de Cochabamba.

ⁱⁱ Del documental de una cesaría en Kaura Uganda año 1879

⁴Psicoprofilaxis Quirúrgica de Maria Muci 1Ed. Buenos Aires Editorial Paidos año 2004

ⁱⁱⁱ Revista Chilena de Cirugía optado de una fotocopia sin referencias

^{iv} Cirugías Amerindias de Gerardo Fernández universidad de Castilla España año 2008 Pág. 7

⁵ Cuerpo y Cirugía entre los yagua de la amazonia Peruana año 1998-2002 Francia Pág. 87

⁶ Apuntes sobre la cirugía entre los pueblos de América Prehispánica Madrid España año 1969 Pág. 69

⁷Cirugias de los pueblos de América Prehispánica año 1960:69:71 Pág. 78

^YMejia Marco Raúl “Competencias y Habilidades, para una escuela del siglo XX” en Experiencias Educativas. Revista Tarea # 38, Sept. 1996, pp39.

^{vi}<http://www.hdb.org.bo/jaimezalles/jaimeaspectos.20hist%cbtricos%20de%20la%20medicina%20tradicional%20boliviana.htm>

^{vii} Ministerio de Salud y Deportes, Modelo de Salud Familiar y Comunitario,

<http://www.sns.gov.bo/index.apx?op=22.2>, 10/Nov. / 2008

viii 2do Diálogo Nacional en Salud. Dirección de Comunicación y Promoción de la Salud / La Paz Bolivia - 22 de abril 2005.

ix 2do Diálogo Nacional en Salud. Dirección de Comunicación y Promoción de la Salud / La Paz Bolivia - 22 de abril 2005.

x Tamayo C. Carlos, "Epidemiología con enfoque de Interculturalidad y Genero" Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Medicina, Nutrición, Enfermería y Tecnología Médica, Trabajo inédito como resultado del año sabático 2008, La Paz Bolivia, pp 18.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS
SOBRE CUAL EL MOTIVO DE LA POBLACIÓN NO ACEPTA UNA
INTERVENCIÓN QUIRURGICA EN EL MUNICIPIO DE TIQUIPAYA

Consentimiento Informado: Explicar al o los participantes si desean seguir con la entrevista, si es aceptado proseguir con la misma.

Objetivo: Recolectar datos sobre el motivo de la NO aceptación a una intervención quirúrgica en el MUNICIPIO DE TIQUIPAYA

No olvide; iniciar con “ Me dirijo a ustedes con respeto y agradezco su mayor colaboración para dicha entrevista

Preguntar u observar la EDAD _____ en años cumplidos

Preguntas generadoras:

1.- Por qué cree usted que las personas no aceptan fácilmente una intervención quirúrgica

2.- Cual serán los factores de rechazo a una intervención quirúrgica.

- Religioso
- Creencias
- Cultura
- Mala atención

3.- Alguna vez usted ha escuchado o ha visto curar enfermedades que tienen indicación

Quirúrgica (sin operar)

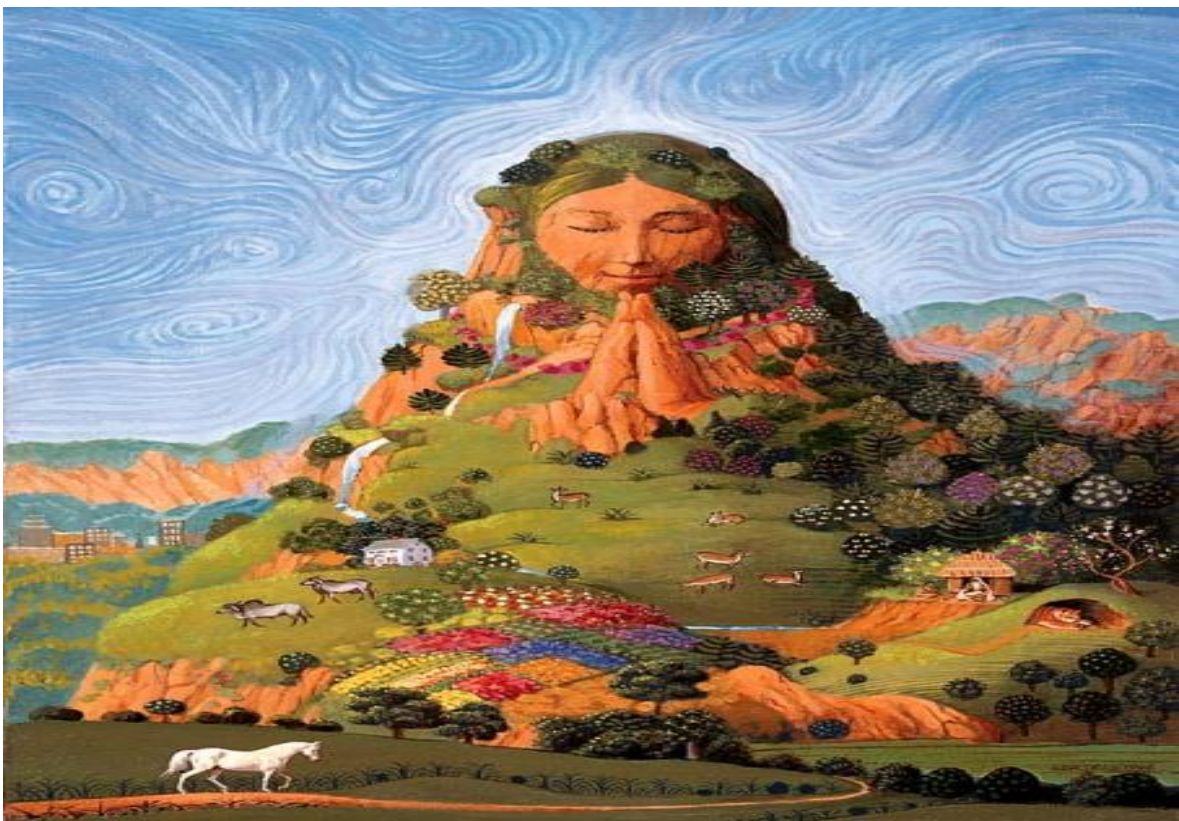
SI

NO

4 .- Donde cree usted que acuden las personas primero cuando tienen que ser operados



INDIGENA



MADRE TIERRA



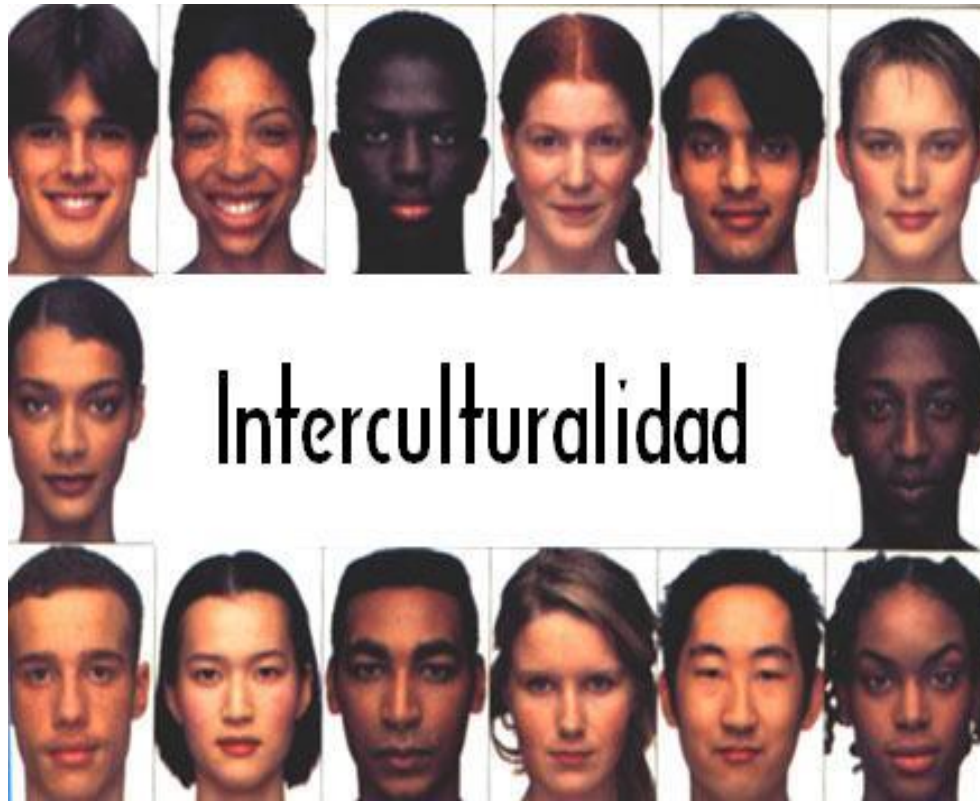
UBICACIÓN TIQUIPAYA



INDIGENAS



ESCUDO DE TIQUIPAYA



INTERCULTURALIDAD



NIÑOS INDIGENAS



INDIGENAS DE DIFERENTE CULTURA



COMPARTIMIENTO DE INFIGENAS

REVISIÓN HISTÓRICA SOBRE EL BUCIO EN
SUDAMÉRICA Y LA NUEVA GRANADA.

*Primeros Viajes Cristóbal y Vasco Núñez de
Balboa. Historia de la Nueva España.*



El Oncean Capitan

ASESINATO AL HIJO INCA



TREPANACIÓN CREANEANA



HUANOS



TUMI



TUMI



TUMI (BISTURI DE CIRUGIA PRE-INKA)