

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



Prevalencia de las Enfermedades No Transmisibles desde la perspectiva intercultural en la población urbana de Coroico Gestión 2016

**POSTULANTE: Lic. Eva Alejandrina Gemio Limachi
TUTORA: Dra. M.Sc. Mónica Evelin Rivera Bedoya**

**Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Salud Pública mención
Epidemiología**

La Paz - Bolivia
2018

AGRADECIMIENTOS

A Dios gracias, por darme la vida y la fuerza necesaria que me permite ser feliz y luchar para alcanzar mis metas. A mis padres en el cielo, por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad y por su motivación permanente para alcanzar mis anhelos. A mis docentes por compartir sus conocimientos

DEDICATORIA

A mi querida hija Karen Shiomara Flores Gemio y mi nieto Mateo por ser mi inspiración, enseñarme que puedo lograrlo todo y por darme siempre la fortaleza para salir adelante, a mi familia por compartir momentos de alegría y de tristeza por su apoyo incondicional, todo mi esfuerzo y mi cariño para cada uno de ustedes.

Eva A. Gemio Limachi.

INDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	3
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1. La Política Nacional SAFCI	5
3.2. Interculturalidad	6
3.3. Enfoque Intercultural.....	7
3.3.1. Hacia una comprensión de la interculturalidad.....	9
3.4. Cultura Aymara.....	10
3.4.1. Transculturación.....	12
3.5. Enfermedades No Transmisibles (ENT).....	13
3.5.1. Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles	15
3.5.2. Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina.....	16
3.6. Determinantes sociales de la salud	20
3.7. Proceso salud y enfermedad	21
3.7.1. Salud y Enfermedad en un Contexto de Interculturalidad	23
3.8. Epidemiología de las enfermedades no transmisibles	24
3.9. Situación actual de las enfermedades no transmisibles en Bolivia	25
3.10. Medicina tradicional aymara.....	29
3.10.1 La concepción del cuerpo, la salud y la enfermedad según los aymaras.....	30
3.10.2 Percepción de las enfermedades en la cultura aymara	34
3.10.3 Tratamiento de las enfermedades dolencias y malestares en la cultura aymara.....	38
3.10.4 Farmacopea aymara	42
3.10.5. El Laberinto de la curación. Itinerarios Terapéuticos en las Ciudades de La Paz y El Alto.....	44

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	47
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	48
6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	48
7. OBJETIVOS.....	57
7.1. OBJETIVO GENERAL.....	57
7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	57
7.2.1. Determinar las características sociodemográficas de la población urbana de Coroico durante la Gestión 2016.	57
8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	57
8.1. Técnicas de recolección de Información	57
8.2. Contexto o lugar de Intervención	58
8.3. MEDICIONES.....	61
8.3.1. Unidad de Observación.....	62
8.3.2. Marco muestral	62
8.3.4. Plan de Análisis	64
8.3.5. Análisis Estadístico.....	64
8.3.5.1. Variables.....	64
8.3.5.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	65
8.3.6. RESULTADOS	66
Resultados en relación al objetivo N° 2	70
Resultados en relación al objetivo N° 3	72
8.3.7. RESULTADOS.....	73
8.3.8. Discusión	74
8.3.9. Implicación de los resultados.....	75
8.3.10. Audiencias interesadas en los resultados.....	75
8.3.11. Conclusiones	75
8.3.12. Recomendaciones	77
8.3.13. Referencia Bibliografía.....	78
8.3.14. Anexos	83

VOCABULARIO SEMÁNTICO

K'awayus: Mujeres expertas en la atención, en especial de mujeres, niños/as

Ayni: Labor de reciprocidad entre los aymaras, la petición de ayuda en el presente, será correspondida en el futuro.

Achachillas o Mallkus: espíritus de las montañas nevadas que circundan sus pueblos, a la Pachamama, y a la serpiente *Amaru*, vinculada a la subsistencia por las aguas, ríos y canales de irrigación de las tierras agrícolas

Pachamama: Espíritu de la tierra

Arajpacha: simboliza la luz y la vida.

Akapacha: es el mundo, centro, son los valles y quebradas, es lo que está cerca, o Acá, donde habita el hombre Aymara, es el espacio que queda entre el cielo y el infierno o entre la vida y la muerte.

Ajayu: (alma) es la parte energética que mantiene o vitaliza al cuerpo físico...”, en consecuencia sólo de esa manera es posible que tenga vida el elemento orgánico.

Manquepacha: simboliza la muerte y la oscuridad. Es el oeste. Allí es donde se pierden las aguas y termina la vegetación;

Tinku: es del equilibrio y la reciprocidad entre él, la comunidad y estos espacios. (Tinku viene del verbo Tincuy; emparejar, equilibrar, adaptar).

Qepa: tejido estructural que sostiene el urdimbre o cuerpo.

k'umara: persona sana físicamente para el trabajo

k'uchijakaña: vivir alegre

Mallkus: líderes étnicos

Such'uuusu: causante de la enfermedad podría ser el espíritu de la tierra o “pachamama” (divinidad femenina aimara) que puede enfermar a las personas que tienen peleas, miramientos y conflictos familiares

Waka: el espíritu de la piedra (conocido como) también puede causar enfermedades, el espíritu del aire (mal de aire) o el remolino (saxra) puede

causar desde simples malestares hasta alteraciones y deformaciones en la cara.

Phirucheka: Espíritu del lugar maléfico (también provoca enfermedades;

Urpi: Espíritu del arco iris puede causar la enfermedad del estómago

Antawalla: espíritu del ave nocturna que lleva una mecha, bolsa de fuego o tiene cola de fuego puede comerse el feto de una embarazada, puede causar dolor en el estómago, fiebre, pérdida de peso, etc.

Anchanchuo lari lari: Espíritu malo que viven en las profundidades, de igual manera ocasiona enfermedades.

Wawa saraqata: Enfermedad emocional, esto ocurre cuando una persona sufre un susto y “pierde el alma” alma o animusaraqata

Qulliri: curandero en la medicina aimara

Llaki: Enfermedad de esa naturaleza se denomina “llakitausu” enfermo por pena, angustia, preocupación, solitario

Loqhiusu o loqhijaqi: Enfermo epiléptico o con trastorno mental

Layqa: Enfermedad causada por hechiceros y brujos a los enfermos por estas causas le llaman “layqata” (hechizado), y son personas que difícilmente pueden recuperarse de las enfermedades, esto ocurre principalmente por envidia, odio, competencia desleal y venganza

RESUMEN EJECUTIVO

Las enfermedades no transmisibles son un problema de Salud Pública, especialmente en países con ingresos bajos y medios, donde el incremento de estas enfermedades van en aumento cada año y Bolivia no es la excepción, esto debido a los factores de riesgo determinados por los estilos de vida, propios de la condición biológica de cada persona, originados en las condiciones de vida o determinados por el ambiente físico natural o contruidos por el hombre y ciertos elementos del sistema sociocultural.

El presente trabajo “ Prevalencia de las Enfermedades No Transmisibles desde la Perspectiva Intercultural en la Población Urbana de Coroico ha sido elaborado en base al método de estudio descriptivo transversal y tiene la finalidad de proporcionar directrices para determinar la prevalencia de las mismas tomando en cuenta las características sociodemográficas, culturales y la frecuencia en que se presentan.

Los resultados muestran que el sexo femenino es el predominante en este grupo de estudio, se puede justificar, esta participación debido a que las mujeres demuestran mayor interés sobre su salud y de su familia.

En cuanto al nivel de instrucción podemos observar que ambos géneros alcanzo el nivel secundario, seguida del nivel primario, alcanzando un nivel medio de instrucción, población capaz de asimila los factores de riesgo a los que están expuesto de acuerdo al entorno en que viven.

El estado civil de los encuestados, llegó a un número considerable de casados/as, seguidamente están los concubinos/as, y las/os solteras/os, y en un número más reducidos están los viudo/a y los divorciados/as.

En cuanto a la identificación cultural, un mayor porcentaje se autoidentifica con la cultura aymara y que de alguna manera ingresa a la transculturación y/o aculturación al contexto sociocultural, modificándose la cultura, tiene una concepción estructural funcionalista sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad.

La frecuencia de las enfermedades no transmisibles según su identidad cultural, donde predomina la cultura aymara se puede observar que la Hipertensión arterial, la Obesidad y la Diabetes alcanzan porcentajes elevados.

Estos padecimientos están muy relacionados con los estilos de vida y en particular con la alimentación, la cual si se lleva de manera adecuada no solo puede prevenirlas sino inclusive puede controlarlas de manera satisfactoria, por otro lado los encuestados con estos problemas de salud están conscientes de su enfermedad y a los riesgos que se exponen de no tomar conciencia sobre sus estilos de vida poco saludables,

Al realizar el análisis de la situación de las enfermedades no transmisibles con una identificación cultural, se debe tomar en cuenta la estrategia de la política SAFCI, orientada a mejorar la salud de la población, lo que hasta la fecha no alcanzan los niveles esperados.

Por su parte la seguridad social a corto plazo deja de lado a las ENT por considerarlos de mayor inversión y costo para tratar a estos pacientes aumentando así los niveles de discapacidad.

Para responder a las determinantes sociales de la ENT se debe comprender y fortalecer todas aquellas prácticas saludables de la población, sean hábitos, costumbres orientadas a mejorar su calidad de vida.

Palabra Clave

Enfermedades No Transmisibles – Identificación Cultural

EXECUTIVE SUMMARY

Noncommunicable diseases are a public health problem, especially in countries with low and middle income, where the increase of these diseases are increasing every year and Bolivia is no exception, this due to the risk factors determined by the styles of life own biological condition of each person, originating from the living conditions or determined by the natural physical environment or manmade and certain elements of socio-cultural system.

This work "Prevalence of ENT from Intercultural Perspective Urban Population Coroico was prepared based on the method of cross sectional study and is intended to provide guidance to determine the prevalence of the same taking into account the characteristics sociodemographic, cultural and frequency in which they occur.

The results show that the female sex is predominant in this study group, can justify this participation because women show greater interest in their health and their family.

As the level of education we can see that both genders reached the secondary level, followed by the primary level, reaching an average level of education, population capable of assimilating the risk factors to which they are exposed according to the environment in which they live.

Marital status of respondents, reached a considerable number of married, are then cohabitants, and a smaller number are the widow and divorced.

As for cultural identification, a higher percentage identifies itself with the Aymara culture and that somehow enters the transcultural and / or acculturation to the sociocultural context, modifying culture, it has a functionalist structural design on the body, health and disease.

The frequency of non-communicable diseases according to their cultural identity, where the Aymara culture predominates can be seen that high blood pressure, obesity and diabetes reach high percentages.

These conditions are closely related to lifestyles and in particular food, which if taken properly can not only prevent but even can control them satisfactorily, on the other hand respondents with these health problems are aware of their disease and the risks they are exposed not aware of their unhealthy life styles,

When analyzing the situation of non-communicable diseases with a cultural identification, it takes into account the SAFCI policy strategy aimed at improving the health of the population, which so far do not reach the expected levels.

Meanwhile social security in the short term neglects to consider ENT by higher investment and cost to treat these patients increasing levels of disability.

To address the social determinants of ENT should understand and strengthen all those healthy practices of the population, are habits, customs aimed at improving their quality of life.

Keyword

Noncommunicable diseases - Cultural Identification.

1. INTRODUCCIÓN

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son un problema de Salud Pública, especialmente en países con ingresos bajos y medios¹, donde el incremento de estas enfermedades van en aumento cada año y Bolivia no es la excepción, esto debido a los factores de riesgo determinados por los estilos de vida², propios de la condición biológica de cada persona, originados en las condiciones de vida o determinados por el ambiente físico natural o contruidos por el hombre y ciertos elementos del sistema sociocultural.

La Interculturalidad en Bolivia ha tenido un avance relativo en términos teóricos, pero en la práctica se visualiza un aislamiento de grupos sociales, que se contraponen con la verdadera acepción teórica de dialogo entre culturas, que está expresada en la Constitución Política del Estado (CPE)³ donde hace falta generar interfaces entre la visión moderna occidental y la visión indígena originaria, porque la primera lleva una bandera desarrollista y extractivista que lleva como centro al hombre y en la cosmovisión indígena existe un enfoque cosmocéntrico donde predomina la madre tierra, la misma emerge como preocupación y cuestionamiento de la toma de conciencia de la diversidad de lo que se hace, habla y piensa.

La migración campo - ciudad o campo – campo del altiplano a regiones subtropicales de los Yungas ha provocado una transición en sus nuevas formas de subsistencia y perdida de las prácticas culturales tradicionales, donde sus formas de vida se vieron alteradas y en algunos casos eliminadas, adaptando hábitos nocivos para su salud y poniendo en riesgo la misma.⁴

El objetivo del presente trabajo de investigación pretende conocer la situación de las enfermedades no transmisibles desde la identificación cultural en la localidad objeto de estudio. Ya que de este modo nos permitirá tomar acciones de manera conjunta y planificada, para disminuir el incremento de las enfermedades transmisibles, el estudiar desde esta perspectiva implica

necesariamente considerar una gran parte de aspectos subjetivos y significativos que un enfermo le otorga a la experiencia de vivir con un padecimiento crónico.

Por otro lado cabe mencionar que es un estudio de corte transversal, descriptivo, ya que existe preocupación por el creciente aumento de las enfermedades no transmisibles, es decir de los padecimientos incurables debido a que numerosos enfermos logran sobrellevar sus males durante décadas y al prolongar su vida demandan una atención permanente, esto se debe, entre otras razones a los estilos de vida, usos y costumbres de cada región, por ende a los pobladores del área urbana de Coroico,

Así mismo la medición de estos factores se obtuvo a través de la aplicación de la encuesta sobre prevalencia de Enfermedades No Transmisibles y sus factores condicionantes con un enfoque desde la identificación cultural en la población urbana de Coroico y la veracidad de las respuestas.

Otro aspecto a considerar es el contexto social en el que se desarrolla la investigación rescatando sus valores, creencias, referencias históricas y culturales que integran la memoria colectiva, así como la identidad cultural, respetando su forma de pensar, sentir y ver a la salud cuando de por medio se presenta un padecimiento, lo que lleva a las personas a tomar una postura ante su enfermedad y los medios para tratarla.

Una gran parte de la literatura médico científica, utiliza estos conceptos, dando lugar a instituciones públicas y privadas algunas con alcance local y otras de alcance nacional en diversos países, afirman fundamentarse en estos conceptos mostrando una diversidad cultural.

En este entendido y dando cumplimiento a la política de Salud de Bolivia, la implementación de la política Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)⁵ en toda la nación, como una estrategia para lograr el vivir bien de las personas,

las familias y las comunidades del país en el marco de las determinantes de la salud, respetando las heterogeneidades que se expresan en la diversidad cultural, poniendo las redes de salud a disposición de la comunidad e incorporando la medicina tradicional, y su articulación y complementación en el Sistema Único SAFCI en un modelo de gestión y atención con enfoque intercultural, de género e inclusión social.

Estos resultados nos tienen que llevar a cuestionarnos y comprender que las acciones realizadas hasta el momento, no han sido capaces de solucionar el incremento de las enfermedades no transmisibles en la población, las que se encuentran asociadas a factores de riesgo relacionadas con su estilo de vida nociva para la salud.

2. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

Desde los años 90 se da en América Latina en general, y en la región andina en particular, una nueva atención a la diversidad étnico – cultural; una atención que parte de reconocimientos jurídicos y una necesidad, cada vez mayor, de promover relaciones positivas entre distintos grupos culturales, de confrontar la discriminación, el racismo y la exclusión; de formar ciudadanos conscientes de las diferencias y capaces de trabajar conjuntamente en el desarrollo del país y en la construcción de una sociedad justa, equitativa, igualitaria y plura.⁶

En este sentido la OMS en la estrategia para la convención de la SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 ha tenido en cuenta todas estas determinantes de la salud para establecer programas prioritarios y los mecanismos de intervención. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) basada en el Censo de 2012, la población total alcanzó los 10.059.856 de habitantes, con una proporción casi igual de mujeres 5.040.409 y hombres 5.019.447, con una tasa anual de crecimiento del 1.7 %.

La mayor población concentrada se encuentra en los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. En general la densidad poblacional es baja (9,3 habitantes por Km²). De acuerdo al último Censo 2012, un porcentaje del total de la población entre los 15 años o más se reconoce como miembro de algún pueblo originario; 17.1 % como quechua, 10.7 % como aymara, un 69.4 % hablan castellano y un 9 % como guaraní, chiquitana, majeño u otro.⁷

En cuanto a Salud, Bolivia presenta los peores indicadores de salud en América Latina, a pesar que la mortalidad infantil ha descendido en los últimos años, que sigue siendo la más alta de la región y está muy por encima de la media latinoamericana que es de, lo mismo sucede con la mortalidad en menores de cinco años, los que se deben en su mayoría a enfermedades prevenibles, donde uno de los más serios es la desnutrición crónica, que afecta a la cuarta parte de la población preescolar, la prevalencia de este problema es mayor aún en niños que habitan en zonas rurales.

Las principales causas de muerte en Bolivia son las enfermedades infecciosas, sin embargo, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) concentran un porcentaje cada vez mayor de los decesos en el país, destacando las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro – vasculares.⁸

Es así que una de las políticas centrales declaradas por el Ministerio de Salud, que consiste en promover la participación activa y responsable de los ciudadanos en el mejoramiento del sector salud a través del Programa Gestión Social, Movilización Social y Control Social, que tiene una clara orientación hacia la participación comunitaria, con la creación de Consejos de salud a nivel nacional, departamental y municipal.

Para ello el gobierno ha puesto en marcha varias iniciativas para reducir las barreras culturales de acceso a los servicios de salud y para crear espacios de participación para los indígenas, buscando fortalecer espacios de dialogo entre

el ministerio de salud y los grupos indígenas, reconociendo la necesidad de la interculturalidad en la implementación del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), firmando acuerdos con organizaciones indígenas importantes asegurando su participación en la acreditación de los médicos tradicionales y la selección de los agentes comunitarios del Extensa, pese a todos los esfuerzos realizados aún existen grupos con padecimientos crónicos que enfocan su atención a los sistemas de creencias dentro de su contexto cultural.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. La Política Nacional SAFCI

En esta coyuntura la Constitución Política del Estado de Bolivia aprobada el 2008, en su (artículo 18) señala el derecho a la salud que tienen todas las personas y que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a los servicios de salud, sin exclusión ni discriminación alguna. También se determina constitucionalmente que el sistema de salud es único, universal, gratuito, equitativo, intercultural, participativo con calidad, calidez y control social. Y se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad. A su vez el sistema de salud se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

De esta manera ha sido implementada la política sanitaria de la salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que se constituye en la política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia y en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud pues complementa y articula recíprocamente al personal de salud y médicos tradicionales de las Naciones y pueblos Indígenas Originario Campesino con la persona, familia, comunidad, madre Tierra y cosmos, en base a sus organizaciones en la gestión participativa y control social y la atención integral intercultural de la salud.⁹

El Objetivo de la política SAFCI es contribuir en la eliminación de la exclusión social en salud, esto se pretende alcanzar:

- Reivindicando, fortaleciendo y profundizando la participación y control social efectivo en la toma de decisiones sobre la gestión de la salud.
- Brindando servicios de salud que tomen en cuenta a la persona, familia y comunidad.
- Aceptando, respetando, valorando y articulando la medicina biomédica y la medicina de los pueblos indígenas originarios campesinos.
- Mejorar las condiciones de vida de la población.

3.2. Interculturalidad

La interculturalidad se puede definir como un proceso de comunicación e interacción entre personas y grupos sociales con identidades culturales específicas, donde no se permite que las ideas acciones de una persona o grupo cultural este por encima del otro, favoreciendo en todo momento el dialogo, la concertación y con ello la integración y convivencia enriquecida entre culturas. Las relaciones interculturales se basan en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo. Sin embargo, no es un proceso exento de conflictos, estos pueden resolverse mediante el respeto, la generación de contextos de horizontalidad para la comunicación, el dialogo y la escucha mutua, el acceso equitativo y oportuno a la información pertinente, la búsqueda de la concertación y la sinergia. Es importante aclarar que la interculturalidad no se refiere tan solo a la interacción que ocurre a nivel geográfico sino más bien, en cada una de las situaciones en las que se presentan diferencias.¹⁰

Algunos hablan también de interculturalidad, en términos más abstractos, al comparar los diversos sistemas culturales, como por ejemplo la cosmovisión

indígena y la occidental. Pero éste es un uso derivado del anterior, sobre todo desde una perspectiva educativa.

Las relaciones interculturales son negativas si llevan a la destrucción del que es culturalmente distinto (como en la ex Yugoslavia) o por lo menos a su disminución y asimilación, como sucede en nuestras sociedades neocoloniales. Son en cambio positivas, si llevan a aceptar al que es culturalmente distinto y a enriquecerse mutuamente, aprendiendo unos de otros. La simple tolerancia del que es culturalmente distinto, sin un verdadero intercambio enriquecedor, no llegue a ser todavía una interculturalidad positiva.

3.3. Enfoque Intercultural

Enfoque intercultural Se encuentran elementos muy importantes sobre el riesgo biológico y de bioseguridad en los diferentes ya sean hospitales o centros de salud, donde se tiene que recoger los saberes, experiencias, culturales, sociales, ideológicas y religiosa del personal de salud y de la población con la única finalidad de coadyuvar en el bienestar de la sociedad y cooperar en el adelanto científicos con este tipo de investigaciones innovadoras. Donde se recogieron aspectos importantes como por ejemplo agentes biológicos; gestión, percepción y evaluación de riesgos; con diferentes principios y niveles de bioseguridad; así como los procesos de cambios que están ocurriendo en la legislación boliviana.

Para comprender la interculturalidad desde el punto de vista de la salud es importante tomar en cuenta que se está trabajando sobre el cuerpo humano, el cual al ser el mismo para toda raza y civilización, es testimonio viviente de la igualdad de todos los pueblos. El cuerpo humano, a través de su conexión con la naturaleza comprende varios niveles de salud, de interacción y de saneamiento. Es precisamente el cuerpo humano, su cerebro, el que contiene la estructura universal a través de la cual se puede comprender a la humanidad

como una serie de puntos de vista equivalentes, variantes para explicar los mismos fenómenos del cuerpo y la mente.

La interculturalidad está basada en la interacción compleja entre culturas las cuales a su vez están arraigadas en creencias religiosas que lejos de ser doctrinas vacías de sentido comprenden una manera de acercarse a la psique del ser humano y al mundo

El enfoque intercultural pretende fomentar la convivencia entre las personas de diferentes culturas y religiones a través de una mirada centrada en la persona como protagonista y titular de derechos.¹¹

Tal y como se mencionó, es precisamente el cuerpo humano el cual puede dar testimonio de la universalidad de los pueblos, creando un verdadero diálogo intercultural cuando se comprende que independientemente de la cultura o raza, toda la humanidad enfrenta los mismos retos. Todos enferman y es por esto que la Organización Panamericana de la Salud tiene un lugar especial dentro de este diálogo entre pueblos pues tiene un objetivo en común que toda gente, religión, cultura y pueblo quiere alcanzar, o en un humilde esfuerzo, adelantar. Es junto a los pueblos de nuestro continente que la Organización Panamericana de la Salud enfrenta a la enfermedad, a la baja calidad de vida y a la muerte.

En el caso de las instituciones de Salud, se cuestiona por los usuarios de los Servicios la falta de sensibilidad, escucha y respeto en el trato recibido de parte de los prestadores de salud, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son objeto, aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal.¹²

Esto influye en el desapego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y en resistencia al uso de los servicios que, en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural.

Por todo lo anterior, los principios de la interculturalidad entendida como un proceso de interacción entre personas, permiten fortalecer la identidad propia, la autoestima, la valoración de la diversidad y las diferencias, incluidas las de género y generar en las personas, una conciencia de la interdependencia para el beneficio y desarrollo común.

3.3.1. Hacia una comprensión de la interculturalidad

Desde los años 90 se da en América Latina en general, y en la región andina en particular, una nueva atención a la diversidad étnico-cultural; una atención que parte de reconocimientos jurídicos y una necesidad, cada vez mayor, de promover relaciones positivas entre distintos grupos culturales; de confrontar la discriminación, el racismo y la exclusión; de formar ciudadanos conscientes de las diferencias y capaces de trabajar conjuntamente en el desarrollo del país y en la construcción de una sociedad justa, equitativa, igualitaria y plural. La interculturalidad se inscribe en este esfuerzo.

Como concepto y práctica, proceso y proyecto, la interculturalidad significa -en su forma más general- el contacto e intercambio entre culturas en términos equitativos; en condiciones de igualdad.

Tal contacto e intercambio no deben ser pensados simplemente en términos étnicos sino a partir de la relación, comunicación y aprendizaje permanentes entre personas, grupos, conocimientos, valores, tradiciones, lógicas y racionalidades-distintas, orientados a generar, construir y propiciar un respeto mutuo, y un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos y colectivos, por encima de sus diferencias culturales y sociales. En sí, la interculturalidad intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, tanto en la vida cotidiana como en las instituciones sociales, un con-vivir de respeto y legitimidad entre todos los grupos de la sociedad.¹³

La interculturalidad es un término principalmente descriptivo. Básicamente se refiere a la multiplicidad de culturas existentes dentro de un determinado espacio -local, regional, nacional o internacional- sin que necesariamente tengan una relación entre ellas.

Su uso mayor se da en el contexto de países occidentales, como los Estados Unidos, donde las minorías nacionales (negros e indígenas) coexisten con varios grupos de inmigrantes y con 'minorías involuntarias' cuya presencia está asociada a la expansión colonial e imperial estadounidense -realidad de los puertorriqueños y chicanos- y a los blancos, todos ellos descendientes de otros países, principalmente europeos; o como en Europa, donde la inmigración se ha ampliado recientemente.

3.4. Cultura Aymara

El Aymara es un lenguaje andino hablado por un millón y seiscientos mil personas, en las proximidades del lago Titicaca. Por "pueblo aymara" entendemos al conjunto de individuos que tienen como lengua materna al aymara y también a las personas y grupos que claman para sí su identificación como aymaras. No existe un subgrupo étnico exclusivo del aymara y recíprocamente el lenguaje aymara no puede ser considerado una exclusividad de ningún subgrupo étnico. La lengua aymara está muy difundida y la hablan diversos grupos indígenas como los Qullas, Lupaqa, Qanchis, Carangas, Lucanas, Chocorvos, Chichas, y otros. Hoy, numerosos grupos aymara han adoptado la lengua quechua.

Los aymara fueron conquistados por los incas en el año 1450, cuando formaban unos 80 reinos dispersos en un amplio territorio y enfrentados entre sí. A partir de 1535 los españoles conquistaron el Altiplano boliviano al mando de Diego de Almagro y ocho años después, en 1542, el virreinato del Perú incluiría ya la totalidad de su territorio.

El pueblo Aymara es un pueblo milenario dedicado al pastoreo y a la agricultura usando técnicas ancestrales de cultivo. Tienen una economía complementaria, ya que los que viven en el altiplano poseen abundantes rebaños y escasos cultivos, mientras que los que lo hacen en la precordillera producen bastantes verduras frutas y semillas gracias al eficaz uso del suelo, mediante las tradicionales terrazas.

Debido a estas condiciones se generan relaciones de intercambio de productos entre pastores y agricultores. Esta forma de subsistencia se basa en el principio del **ayne**, que se refiere a la reciprocidad entre los aymaras: la petición de ayuda en el presente, será correspondida en el futuro.¹⁴

El Aymara dentro su Cosmovisión, concibe su hábitat como el medio andino que dio origen y bienestar a la comunidad. Para él existe una sola realidad conformada por dos ámbitos: el medio natural y el mundo sobrenatural. La cosmovisión Aymara se formó en diferentes épocas pasadas y refleja los grandes cambios de su historia. Es una visión religiosa que sacraliza la naturaleza y legitima la posición del hombre sobre ella. Así es como hoy denominan Costumbre a los ritos religiosos basados en sus antepasados y Religión a los rituales y símbolos de origen cristiano.¹⁵

La parte más antigua (costumbres) es la dirigida a los *Achachillas o Mallkus*, que son los espíritus de las montañas nevadas que circundan sus pueblos, a la *Pachamama*, y a la serpiente *Amaru*, vinculada a la subsistencia por las aguas, ríos y canales de irrigación de las tierras agrícolas (3.000 a 2.000 m. de altura).

El sistema de creencias Aymara es un ciclo ritual sincrético, en el cual coexisten y se integran dos componentes: el prehispánico, o sistema de creencias indígenas, anterior a la llegada de los conquistadores, y la religiosidad posthispánica que introduce la religión católica. El culto Aymara, sin embargo, es uno solo. Es un culto anual que se desarrolla al ritmo de las estaciones.

Estos son los tres espacios espirituales del Aymara:

El *Arajpacha* simboliza la luz y la vida. Es el este u Oriente es lo que está adelante porque es el origen del agua y de la vida, el sol y las lluvias nacen allá, también significa dios cultivador y hacia allá se dirige la mirada (templos y casas deben mirar hacia él).

El *Akapacha* es el centro, son los valles y quebradas, es lo que está cerca, o Aquí, donde habita el hombre Aymara, es el espacio que queda entre el cielo y el infierno o entre la vida y la muerte.

El *Manquepacha* simboliza la muerte y la oscuridad. Es el oeste. Allí es donde se pierden las aguas y termina la vegetación; es el desierto y también la dirección donde van los muertos. Allí se fue Viracocha, el dios creador y cultivador de Los Andes, (el que partió hacia la Gran Cocha) el Océano Pacífico, después de haber terminado su obra de creación.

El principio del *Tinku* es del equilibrio y la reciprocidad entre él, la comunidad y estos espacios. (Tinku viene del verbo Tincuy; emparejar, equilibrar, adaptar). El Aymara persigue el Tinku entre el Arajpacha y el Manquepacha. El trata de vivir en armonía, buscando ser sabio en el Akapacha sin caer en los extremos.¹⁵

3.4.1. Transculturación.

Según la OEA en 1996 expone: “Los pueblos indígenas tendrán derecho a preservar, expresar y desarrollar libremente su identidad cultural, en todos sus aspectos, libre de todo intento de asimilación”.

Con el pasar del tiempo, refiere Suárez (2005): “la cultura de los pueblos indígenas, se ha ido perdiendo debido a una serie de factores, que dependiendo de cada pueblo pueden ser diferentes”.¹⁶ La realidad en la que viven actualmente estas comunidades indígenas señala el intercambio de

culturas como el factor más relevante y es lo que muchos autores denominan transculturización o transculturación, lo cual ha conllevado a la pérdida de forma acelerada de sus formas de vida y tradiciones ancestrales.

Las costumbres arraigadas de estas comunidades indígenas, se han ido perdiendo con el pasar del tiempo, aun cuando existen leyes, decretos y resoluciones gubernamentales que exigen ir al rescate de ellos, pero en la práctica ningún ente nacional, regional ni municipal los aborda con responsabilidad y dedicación. Por el contrario, se percibe la manipulación de políticos hacia algunas personas de estos pueblos indígenas que han sido electos para la defensa de su gente, para luego dejarlos en el olvido junto con las peticiones de estas poblaciones étnicas.

La transculturación podría concebirse como la recepción por un pueblo o grupo social de formas de cultura procedentes de otro, que sustituyen de un modo más o menos completo a las propias (Alciature, 2003).

3.5. Enfermedades No Transmisibles (ENT)

Las Enfermedades No Transmisibles son llamadas también crónicas; son enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas enfermedades representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación.¹⁷

Una Enfermedad no transmisible es una condición médica o enfermedad considerada no infecciosa o no transmisible, pueden referirse a enfermedades crónicas, las cuales duran largos periodos de tiempo y que progresan lentamente. A veces, las ENT culminan con muertes rápidas como en el caso de las enfermedades autoinmunes, enfermedades cardiovasculares, derrame cerebral, cáncer, diabetes, insuficiencia renal crónica, osteoporosis,

enfermedades de Alzheimer, cataratas entre otras. Las ENT se distinguen solo por su causa no infecciosa.

El delegado de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Christian Darras, alertó que los datos estadísticos demuestran que para el 2020, el 70 por ciento de las defunciones será por enfermedades no transmisibles.¹⁸

"Las enfermedades no transmisibles son la primera causa de muerte y discapacidad en el mundo y los datos muestran que para el año 2020 representarán el 70 por ciento de las defunciones", dijo en el primer seminario taller para la prevención y control de enfermedades no transmisibles.

Este ascenso representa un reto en la salud, y una tarea para luchar en el control y prevención de la hipertensión, el consumo del tabaco, el abuso del alcohol, el sobrepeso y otras enfermedades.

Darras señaló que actualmente esto se considera como una epidemia y sabiendo que causa muertes es que la OPS/OMS y los países miembros decidieron implementar la estrategia regional y el plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y control de estas enfermedades.

El plan trabajará en la prevención y los factores de riesgos comunes, motivando los planes de desarrollo nacionales y las políticas públicas que estimulen el trabajo de los sistemas de salud basados en atención primaria.

Por su parte, el viceministro de Salud y Promoción, Martín Maturano, indicó que en Bolivia las enfermedades transmisibles y no transmisibles deben ser tratadas con un enfoque integral.

Dijo que en ese marco está el Plan Sectorial de Salud 2010-2020 que sigue el modelo de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) y el Sistema Único de Salud.

El Plan de Salud tiene como objetivo esencial la promoción de la salud, a fin de que los centros de salud se conviertan en centros de vida y no de enfermedad.

El objetivo del taller fue de contribuir al desarrollo de la política nacional de salud "Vivir Bien", desde el programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles.

Entre sus objetivos fue presentar el curso interactivo de auto capacitación en enfermedades crónicas no transmisibles, informar sobre la situación de vigilancia epidemiológica y sus factores de riesgo, además de informar sobre las normas y estrategias vigentes para el control y prevención.¹⁹

3.5.1. Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles

Según la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal. Los factores de riesgo común y conocido son: el consumo de tabaco, el régimen alimentario poco saludable, la baja actividad física y el consumo nocivo de alcohol. Igualmente importantes son el sobrepeso y la obesidad especialmente en la niñez., el consumo de agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

En epidemiología, los factores de riesgo son aquellas características y atributos (variables) que se presentan asociados diversamente con la enfermedad o el evento estudiado. Los factores de riesgo no son necesariamente las causas, solo sucede que están asociadas con el evento. Como constituyen una probabilidad medible, tiene valor predictivo y pueden usarse con ventajas tanto en prevención individual como en la comunidad y el estudio epidemiológico que mejor identifica un factor de riesgo es un estudio prospectivo como el estudio de cohortes. *Diccionario de Medicina

Según datos de la 26ª Conferencia Panamericana se considera a las ENT como causa principal de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe. Realizando una mirada global, se encuentra que de los 5,2 millones de muertes en el mundo, un 62% se debieron a ENT (51% de hombres y 49% de mujeres). Se estima que estas muertes aumentarán en un 17% para el 2015. Cabe señalar que el 97% de estas muertes ocurrieron en países de alto y mediano ingreso y se conoce que las Enfermedades Cardiovasculares (192/100.000), el Cáncer (121/100.000), las respiratorias crónicas (52/100.000) y la Diabetes (26/100.000) son las principales causas de muerte.²⁰

En Bolivia, según datos del SNIS sobre producción de consultas externas y otros servicios del sistema, el 59,09% responden a las demandas sobre estas enfermedades, sus factores de riesgo y trastornos de salud mental, cifra que corresponde a las ENT que se registran actualmente

Para el 2013 los registros de consultas del SNIS, para las mismas variables, muestran que las ENT y sus factores de riesgo están en aumento y actualmente representan el 62%.

La mayor parte de las ENT son prevenibles, muchas son reversibles y curables, y otras se pueden detener a través de la detección oportuna y del control de factores de riesgo (FR) relacionados con la etiología de las mismas, especialmente factores conductuales como el uso de tabaco y alcohol, régimen alimentario, sobrepeso, sedentarismo.²¹

3.5.2. Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina

En casi todos los países de América Latina y el Caribe, las transformaciones sociales, económicas y demográficas y epidemiológicas de las últimas décadas han contribuido a la aparición de nuevas prioridades de salud. Entre

estas últimas destacan, por su importante aumento, las enfermedades las enfermedades no transmisibles (ENT), que incluyen problemas cardiovasculares, cánceres, diabetes y procedimientos renales relacionados con la hipertensión, entre otros.²²

Las ENT más frecuentes son evitables en gran medida. La prevención está dirigida a evitar la aparición de los factores de riesgo que anteceden a la presentación de la enfermedad, o bien, a tratar dichos factores lo antes posible una vez que han aparecido. El incremento de las ENT y la posibilidad de evitarlo hacen apremiante e impostergable la puesta en marcha o el reforzamiento de los programas preventivos latinoamericanos y caribeños, destinados a modificar la prevalencia de los factores de riesgo, particularmente entre los adolescentes y adultos jóvenes. Sin embargo, existe una serie de preconcepciones o mitos relativos a las enfermedades crónicas, que dificulta o impide la puesta en marcha de dichos programas y de la cooperación técnica que los acompaña.²³

A. Mito 1 las enfermedades no transmisibles son degenerativas e incurables

Existe la idea de que la aparición de las ENT es consecuencia de un proceso biológico degenerativo inexorable que acompaña al envejecimiento, que dicho proceso es generalmente irreversible y que, por tanto, no es mucho lo que se puede hacer desde el punto de vista de las intervenciones de prevención o tratamiento. Sin embargo, la evidencia científica disponible muestra que la probabilidad de padecer este tipo de enfermedad disminuye sustancialmente cuando se elimina o modera la exposición a sus factores de riesgo, y que hoy existen tratamientos efectivos que disminuyen sus complicaciones y su letalidad.²⁴

Tradicionalmente se ha considerado que padecer una ENT, especialmente el cáncer, supone una sentencia de muerte que tarde o temprano se cumple.

Afortunadamente esto no es así, ya que se conocen nuevos tratamientos que reducen cada vez más significativamente la letalidad de algunas. Un claro ejemplo lo constituyen los tumores malignos de testículo, así como algunos tipos de leucemia y linfomas, particularmente en niños, cuya sobrevida es muy prolongada y cuya remisión es muchas veces total después de la aplicación de quimioterapia, de tal manera que se pueden considerar curados. Otros tumores malignos, como los de cuello y cuerpo del útero, mama, colon, próstata, cavidad oral y el propio melanoma, se pueden curar mediante cirugía con o sin radioterapia y quimioterapia, si se detectan oportunamente. Sin embargo, hay que advertir que la sobrevida de los pacientes que padecen alguno de estos tumores, depende en gran medida de la accesibilidad y la disponibilidad del tratamiento, que varía en los diferentes contextos.²⁴

También hay ejemplos de la capacidad para prevenir las complicaciones de las ENT. Por ejemplo, dos estudios han demostrado que el control intensivo de la glicemia, tanto con insulina como con hipoglucemiantes, reduce significativamente las complicaciones micros vasculares de ambos tipos de diabetes mellitus.

B. Mito 2. Las enfermedades no transmisibles son padecimientos de la vejez

Los adultos jóvenes (15-59 años de edad) comparten con los adultos mayores (60 y más) el “privilegio” de morir y enfermar más de ENT que de otras causas. Es cierto que la mayor proporción de casos y defunciones por ENT se concentra en adultos mayores; sin embargo, en el grupo de adultos jóvenes la probabilidad de morir por una causa no transmisible es mayor que la de fallecer por causas transmisibles y maternas combinadas, en todas y cada una de las regiones del mundo.²¹

Esto también es cierto para los países más desarrollados; sin embargo, en estas naciones, si la mortalidad por causas no transmisibles es más baja que en

los países en desarrollo, la mortalidad por causas infecciosas y materno-infantiles es todavía mucho menor y, por consiguiente, la diferencia entre mortalidad por enfermedades no transmisibles y aquella debida a padecimientos transmisibles es mayor que en los países menos desarrollados. Así, en el grupo de edad donde las defunciones se consideran prematuras (15 a 59 años), el conjunto dominante de causas de muerte es el de las no transmisibles, tanto en América Latina como en el resto de los países menos desarrollados.²²

C. Mito 3. Las enfermedades no transmisibles son padecimientos de los ricos

A veces se descarta la necesidad de actuar contra las ENT o de proveer cooperación técnica con el argumento de que éstas son un problema exclusivo de los países ricos.

La realidad es que en los países pobres o menos desarrollados no sólo se produce la mayor parte de las defunciones por ENT en números absolutos, sino que además la tasa de mortalidad por causas no transmisibles es más alta que en las naciones más industrializadas, tanto en hombres y mujeres como entre los más jóvenes y los menos jóvenes.²³ Estos datos ponen en entredicho la creencia de que las no transmisibles son enfermedades de los países ricos.

Además, también existen datos que muestran que dentro de cada país la morbilidad y la mortalidad por ENT son más altas entre los grupos más desfavorecidos de la sociedad. En Brasil, por ejemplo, existen datos que indican que la mortalidad general es entre 3 y 4 veces mayor en los trabajadores de categorías laborales más bajas que en los de las más altas.¹⁶ Datos más recientes de los mismos autores muestran que este gradiente se reproduce para la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Concretamente, el riesgo de morir por estas enfermedades es tres veces mayor en las categorías

ocupacionales inferiores que en las superiores y siete veces mayor cuando se trata de la enfermedad congestiva del corazón.²⁴

3.6. Determinantes sociales de la salud

Las determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales:

- 1. Mejorar las condiciones de vida cotidianas
- 2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos
- 3. Medición y análisis del problema.²⁴

El nivel de salud de los individuos, grupos o colectividades, depende de la interacción de cuatro determinantes:

- La Biología Humana (genética, envejecimiento).

- El Medio Ambiente (contaminación física, química, biológica, psico-social y socio-cultural).
- El Estilo de Vida (conductas de salud)
- El Sistema de Asistencia Sanitaria.²⁵

Estas cuatro variables son susceptibles de alteraciones, ya que en la actualidad por los grandes estudios genéticos también hace que la biología humana se pueda modificar. La OMS, en la estrategia para la Convención de la Salud para Todos en el año 2000, ha tenido en cuenta todos estos determinantes de la salud para establecer programas prioritarios y los mecanismos de intervención.

Las determinantes en Salud pública son los factores biológicos: no modificables, como sexo, edad, la herencia genética. Son determinantes porque son esenciales en la conformación de grupos vulnerables a cierto tipo de patologías, por lo que determinan y condicionan la presencia a ausencia de algunas enfermedades; Cáncer de mama, uterino, próstata, infarto al miocardio Etc.²⁶

3.7. Proceso salud y enfermedad

Salud es el completo bienestar físico, mental y social, la capacidad de funcionar en la sociedad, y no solamente la ausencia de enfermedad (Definición de OMS/OPS 1946).

De esta manera este trabajo propone, que la salud no solamente será medible como un estado frente a la enfermedad, sino que evaluara el rendimiento social, (ocupacional, escolar, etc.), el potencial de su rendimiento.

Se puede indicar también, que la salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del ser humano con el medio en que vive, tratando de adaptarse a éste. La ecología humana estudia dicho proceso. La

salud y enfermedad obedecen a los mismos factores externos e internos. Salud es adaptación y equilibrio en ambos; enfermedad es desadaptación. El medio es físico, biológico y Psicosocial. Muchos de los elementos que lo forman, o son necesarios para la vida y la salud; sin embargo si se modifican, casi siempre por la acción del ser humano, pueden tener efectos desfavorables. El aire, el agua y los alimentos son indispensables para la vida, pero si se contaminan, se convierten en factores de enfermedad. El individuo se defiende de las condiciones cambiantes del medio, por sus características heredadas y constitucionales y por los mecanismos de defensa de su organismo.

Si consideramos que una comunidad es un agrupamiento de individuos, en un área geográfica definida debemos aceptar que la salud de esta comunidad dependerá del estado de salud de cada uno de sus componentes. Es decir, que si en una comunidad la mayoría de los individuos se encuentran enfermos la comunidad tendrá también en su conjunto, un estado de enfermedad. Hay pues relación directa entre el estado de salud de la comunidad con el de sus componentes. Sin embargo no es fácil medir de manera directa la salud de la comunidad, porque no existen métodos específicos, o porque ella resulta ser una manifestación subjetiva de difícil comprobación. Por estas razones, la forma habitual sigue siendo medir la enfermedad, la incapacidad o la muerte, que manifiestan más la ausencia de salud. Es decir a mayor enfermedad o muerte, la salud de una comunidad tiene más bajo nivel o viceversa. Si bien es cierto que de esta manera se está midiendo el aspecto negativo de la salud, también es cierto que resulta, hasta ahora, la forma de establecer el nivel en que se encuentra la salud de las comunidades. Cuando se expresa el nivel de salud de una comunidad, mediante esas medidas negativas, se está dando una imagen de ella, que refleja su sanidad o enfermedad.

El conjunto de esas medidas, llamada también indicadores, se llama Situación de Salud, que expresa su nivel de salud de una comunidad. El nivel de salud, por lo tanto, es un componente más del nivel de vida, el que se mide por sus

propios indicadores y que, generalmente, se los ha identificado como los dependientes de la satisfacción de esas necesidades. Estos indicadores o necesidades son: salud y demografía, alimentación y nutrición, educación, trabajo, salarios. Ahorro y consumo adicional, transporte y comunicaciones, vivienda, vestido, recreación, seguridad social, libertad Economía y salud son términos relacionados en una misma ecuación y solo pueden ser encarados simultáneamente. Para promover el desarrollo económico hace falta salud y para promover salud hace falta el desarrollo económico.

Por tanto se concluye que existe una relación entre enfermedad y pobreza o planteado en lo positivo entre salud y producción: La baja producción engendra pobreza e ignorancia y determinan escasez de alimentos y vivienda, que favorece la enfermedad. Por lo tanto, cuanto más pobre sea un país, su nivel de vida será más bajo, debido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad. Sin embargo no es la pobreza en si la causa de la enfermedad, sino las condiciones que la crea: desnutrición, analfabetismo, hacinamiento, etc., lo que acondicionan la ocurrencia de patologías por el mayor riesgo a que está expuesta la población.

Por lo tanto se puede deducir que para salvar de la enfermedad a la población lo que hay que hacer es sacarla de la pobreza y considerar que la causa de la pobreza no pertenece al campo de la salud sino que responde al sistema económico social, en la que se desenvuelven la vida de un país y por lo tanto, su solución habrá de ser más integral y se hará necesaria la participación de todos los sectores involucrados, por citar algunos: educación, producción, alimentación, etc.

3.7.1. Salud y Enfermedad en un Contexto de Interculturalidad

Significa que, en estos casos de quejas y reclamos, se están incumpliendo los principios bioéticos fundamentales de autonomía y de justicia, que son el

sustento del consentimiento informado, y que están, en este tipo de situaciones, por encima del principio de beneficencia.²⁷

Estos reclamos y quejas no son falencias de atención atribuibles exclusivamente al personal de salud, sino también son responsabilidades de la Institución prestadora de servicio y finalmente del Estado, que se deben superar integralmente y lo más rápidamente posible. La implementación de las normas Nacionales de Atención Clínica, en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural va dirigida también en este sentido, al igual que las siguientes medidas y cambios de actitudes:

- Se debe fomentar la implementación de un número suficiente de servicios de salud con prácticas interculturales, incluyendo traductores, promotores de salud y médicos tradicionales, de manera que los usuarios tengan la opción de ser atendidos también, si así lo necesitan, por la medicina tradicional.
- Se debe fomentar actividades y programas de fortalecimiento y difusión de la medicina tradicional en las familias, evitando su elitización y comercialización.

El personal de salud debe estar sensibilizado y capacitado en prácticas interculturales, como el respeto a los conocimientos percepciones y actitudes de la salud- enfermedad, incluyendo el conocimiento de un idioma nativo.^{ídem 27}

3.8. Epidemiología de las enfermedades no transmisibles

La epidemiología de la salud y la enfermedad tiene una base ecológica, ya que uno de sus objetivos es precisamente el estudio de los factores que condicionan estos procesos, en su interrelación con los individuos. La epidemiología considera tres grupos de factores en relación con la salud y enfermedad. Ellos son: el o los agentes causales de la enfermedad, el huésped y el medio. De

hecho, los agentes pertenecen al medio, forman parte de él; sin embargo, por la importancia que tiene como factores específicos en la producción de enfermedades, se les considera por separado, pero subsiste la relación ecológico medio-hombre. La epidemiología no se permite señalar dicha relación, sino que analiza con mayor detalle las diversas etapas de la interacción agente-huésped, descubriendo la evolución del proceso, desde antes que se presente la enfermedad y posteriormente cuando el individuo enferma.²⁸

Esta es la historia natural de la enfermedad se descubren en ella dos grandes periodos: el pre patogénico y el patogénico. La utilidad de conocer la historia natural de la enfermedad es que permite precisar el momento oportuno para la aplicación de las medidas preventivas o curativas indicadas. Así, durante el periodo pre patogénico es el momento de la promoción de la salud mediante la educación y la realización de diversas acciones que mejoren el nivel de vida de la población.

Es también el momento de las medidas de prevención específica o inmunizaciones y del establecimiento de normas para evitar accidentes o enfermedades en el hogar, en la calle, en la escuela, y en los sitios de trabajo. La detección es la medida preventiva a aplicar tanto en el periodo pre patogénico como en el de patogénesis temprana.

3.9. Situación actual de las enfermedades no transmisibles en Bolivia

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también llamadas crónicas, son la causa principal de muerte en casi todos los países de las Américas, incluidas las cardiovasculares, cánceres, enfermedad pulmonar crónica y diabetes. Se estiman que tres de cada cuatro personas en la región mueren de una ENT.²⁹

Sin embargo, hay mucha evidencia científica de que estas enfermedades son altamente prevenibles si se reducen los factores de riesgo principales y sus determinantes. Los alimentos nutritivos y sanos, junto con una vida activa, libre de humo de tabaco, y sin uso nocivo del alcohol, pueden reducir el riesgo de las ENT.

La médico epidemióloga del programa de ENT del ministerio de Salud Dra. Sdenka Maury, informo que en Bolivia las ENT prevalentes con mayor incidencia son seis; la diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, infartos cerebro vasculares, la obesidad y con mayor presencia en el oriente y La Paz la artritis reumatoide.³⁰

Se estima que las ENT podrían reducir el PIB (Producto Interno Bruto) de Latinoamérica en un 2% al año; El gasto estimado en salud para la Diabetes en el 2007 fue de 131 billones de dólares y se espera que crecerá a 182 billones para el 2025.

Cerca del 40% de la población paga los servicios con sus propios ingresos, una sesión de diálisis cuesta en promedio \$ 15.000 al año.

Entre 39 y 63 % de la población de bajos recursos tiene que pagar de su bolsillo los medicamentos de la diabetes y la hipertensión.

En las Américas, no solo la carga de morbilidad y muerte por ENT constituye un serio problema de salud pública sino también, la carga económica de ellas representa una preocupación creciente por los costos elevados que ocasionan a la sociedad, las familias y las personas. Si bien aún existen mitos acerca de este grupo de enfermedades (cardiovasculares, diabetes, neoplasias) respecto a que son inevitables, cuando son atendidas precozmente se pueden prevenir y controlar.

La mayor parte de las ENT son prevenibles, muchas son reversibles y curables y otras se pueden detener; básicamente a través de la detección oportuna y del control de factores de riesgo (FR) relacionados con la etiología de las mismas, especialmente factores conductuales como el uso de tabaco y alcohol, régimen alimentario, sobrepeso, sedentarismo. El fenómeno de las ENT asienta en dos procesos particulares que se dan en los países de América Latina y el Caribe, la transición demográfica y la transición epidemiológica. Así por una parte, el descenso de las tasas de fecundidad, la prolongación paulatina de la esperanza de vida, el crecimiento de la población adulta; y por otra, la declinación de las enfermedades infecciosas y de la mortalidad, originan la emergencia y la epidemia de las ENT. En este marco, las ENT y sus factores de riesgo representan un principal reto de salud para el desarrollo mundial en general y de las Américas en particular.

El problema en Bolivia con base en encuestas realizadas en algunas ciudades, diagnósticos locales y los datos preliminares del SNIS (Sistema Nacional de Información en Salud) para el 2010, el comportamiento de las ENT era como sigue:

Factores de riesgo

- Hábito de fumar: 35,1%. (Fuman o son ex-fumadores). Sin embargo, una Encuesta realizada entre estudiantes de medicina y enfermería informa que el 83% fumó alguna vez en su vida -90,3% en varones y 75,7% en mujeres
- Entre 13 y 15 años, el 31,9% de los estudiantes ha fumado cigarrillos.
- Índice Masa Corporal: 38,3% de la población dentro de rangos medios (zona 2), el 48,2 se encontraba con rangos de sobrepeso y obesidad, y el 13,5% con bajo peso para su talla y edad. El Sobrepeso en adolescentes, se encontró en el 21,7%³¹

- Hipertensión arterial (HA) en algún grado en población > de 20 años: 25,2%. Según conclusiones del Congreso Interamericano de cardiología del 2007, el 20% cursa con HA de algún grado en mayores de 18 años.³²
- Hiperglucemia en ayunas encontrada en campañas nacionales: 12,9%.
- Consumo de alcohol: 67,83% prevalencia de vida en personas entre 12 y 50 años (74,65 en varones y 62,71% en mujeres). El 56% de adolescentes refiere haber consumido alcohol antes de los 14 años.³³
- Actividad física: andar en bicicleta por 10 minutos en la semana anterior a la encuesta, 13% en mujeres y 43% de hombres. Actividades sedentarias en adolescentes: 24,5%.³⁴

Morbilidad

- Insuficiencia cardíaca: 1% entre 50 y 60 años y 10% entre 80 y 90 años³⁵
- Cardiopatía isquémica: 108 de cada 100.000 habitantes³⁶
- Diabetes Mellitus: 7,2% -6,8% en hombres y 7,6% en mujeres- (Encuesta en 4 ciudades artículo publicado en 2001)
- Cánceres/neoplasias: Cérvico-Uterino (22,9x100.000), Órganos digestivos (4,6x100.000), órganos genitales masculinos (3,5x100.000)³⁷

Mortalidad

- Tasa de mortalidad por cáncer: 57,4 para hombres y 89,7 para mujeres por 100.000 habitantes

Las primeras causa de muerte en Bolivia son: Causas Externas con un 22%; Circulatorias 16%; Respiratorias 13%; Infecciosas/Transmisibles 10,2%³⁷

Según el SNIS ya manera de resumen, considerando la situación con base en los datos recogidos, las prioridades son: Hipertensión Arterial y otras enfermedades cardiovasculares, diabetes, cánceres y enfermedades respiratorias obstructivas crónicas, donde su factor de riesgo (de comportamiento) están directamente relacionados con el consumo de tabaco, consumo perjudicial de alcohol, sobrepeso y sedentarismo y hábitos alimentarios.

3.10. Medicina tradicional aymara

Estudiar la Medicina Tradicional Aimara es un tema siempre apasionante, no solo por su importancia histórica, sino, porque es un tema siempre abierto a nuevas perspectivas e inéditos conocimientos médicos. Además toma valor este tema por estar constituido sobre la base de un conjunto de tratamientos sustentados en experiencias socioculturales desde tiempos ancestrales.

Sobre la medicina tradicional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado un informe donde reporta que su uso a nivel de los países industrializados o modernos es del 50%, y como es lógico se hace cada vez más interesante tratar y estudiar este tema, por tanto, no solo radica ahí la importancia, también, porque las categorías de salud, enfermedad se presentan como verdaderas categorías de análisis e interpretación simbólica, considero que es una vía privilegiada para conocer los sistemas de interpretación y las prácticas sociales de la cultura aymara.³⁸

Otras de las razones de su estudio son porque según Ackerknecht (1971), queda confirmado que los hombres del altiplano peruano (entre ellos los aimaras) habían desarrollado experiencias sobre operaciones quirúrgicas. Se supone que llegaron a tener conocimientos muy por encima de su tiempo en neurocirugía y cirugía craneal principalmente, practicando con sabiduría la

trepanación craneal logrando un elevado índice de supervivencias, incluso en casos muy delicados de traumas craneales tan frecuentes a causa de sus armas y forma de luchar.

En consecuencia queda afirmada que la medicina tradicional fue, es y será siempre el conocimiento anticipado y reserva de lo que es la medicina moderna u occidental, pues, en aquella época donde había oportunidades para tratar las enfermedades, el hombre aimara tuvo que pasar por una experiencia directa y descubrir las formas “racionales” de tratar las enfermedades. Justamente en la Medicina Tradicional Aimara podemos encontrar una infinidad de dimensiones médico-culturales para analizarlas e interpretarlas, por ejemplo, conocimientos o mejor dicho saberes sobre la construcción social y cultural de las enfermedades, otro tanto, es cuando se trata el tema de la etiología de las enfermedades, las técnicas terapéuticas, los oficiantes de la medicina y el uso racional de la farmacopea natural.³⁹

Los temas antes señalados están estructurados en cinco partes. En la primera parte se comenta acerca de la concepción del cuerpo, la salud y la enfermedad según los aimaras. En la segunda, se exponen los aspectos de la percepción y etiología de las enfermedades en la cultura aimara. En la tercera, quedan considerados los aspectos relacionados al tratamiento de las enfermedades, dolencias y malestares. En la cuarta, se estudian los principales roles de los curanderos en la medicina aimara. En la quinta, abordamos la farmacopea aimara. Finalmente se presentan las conclusiones y referencias bibliográficas.

3.10.1 La concepción del cuerpo, la salud y la enfermedad según los aimaras

En principio todas las culturas del mundo tienen percepciones culturales para definir el cuerpo, la salud y la enfermedad, pero estas representaciones y prácticas son construidas por las mismas poblaciones que alguna vez han sufrido alguna enfermedad, dolencia o malestar. Este fenómeno precisamente

en antropología médica es reconocido como síndrome cultural o epidemiología sociocultural. Pero lo importante del estudio de las representaciones o subjetividades es que permite, por un lado, comprender en profundidad el pensamiento sobre la que se sustenta estas percepciones, por otro lado, las experiencias que han vivido estas poblaciones, además dentro de las experiencias se ponen en práctica dimensiones humanas relacionadas a los saberes, técnicas, creencias, costumbres, normas, vivencias, símbolos y valores.

Es importante tener presente que estudiar las percepciones implica abordar las ideas o concepciones, así como también las experiencias, a decir verdad, no hay concepciones sin experiencia, ni experiencias sin concepción.

Por las consideraciones antes señaladas ahora conozcamos las percepciones que tienen los aimaras sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad.

En principio la población aimara tienen una concepción estructural funcionalista sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad. Para ellos el cuerpo está constituido por dos sustancias que se conectan entre sí, que son interdependientes, y éstas partes serían el cuerpo o la estructura orgánica y el alma que viene a ser el ánimo o “ajayu”. Pero estos elementos del cuerpo son dimensiones opuestas y a la vez complementarias como son lo físico y el alma (ánima o espíritu). El cuerpo “es una materia que sirve para mantener el espíritu” señalaba un poblador aimara. Además Néstor Chambi (1998:9) y otros autores afirman que “... para los aimaras el “ajayu” (alma) es la parte energética que mantiene o vitaliza al cuerpo físico...”, en consecuencia sólo de esa manera es posible que tenga vida el elemento orgánico. En otras palabras, en la concepción de los aimaras hay una taxativa distinción entre lo orgánico y lo no orgánico, pero éste último elemento llámese extra somático o bioenergía tiene una relevancia con respecto a lo somático, pues, tiene la propiedad de transferirle vitalidad al componente orgánico⁴⁰.

Recordemos que: La bioenergía es responsable del sustento de la vida humana. Nuestro cuerpo bioenergética nos realimenta con las energías necesarias para nuestra vitalidad y salud general[...]Las enfermedades son manifestaciones de falta de energía, bloqueo o acumulación de la misma. El cuerpo físico se afecta por los desórdenes energéticos que sufre un individuo en un contexto determinado, ya sean psicológicos o espirituales. La bioenergía abarca a todo el ser humano: En la salud, las emociones, el aprendizaje, la creatividad, etc.

También algunos testimonios de los aimaras confirman que el cuerpo, está compuesto por varios elementos o partes, por ejemplo, señalan que “El cuerpo está formado por carne, hueso y por el alma”, en esta concepción una vez más se hace alusión a los elementos orgánicos y no orgánicos, prácticamente es una visión dualista del cuerpo, principio que es bastante conocido en la cultura andina.

Con respecto a la fisiología del cuerpo, la posición del aimara es concreta, la alimentación es sustancial en el funcionamiento del cuerpo, precisamente uno de los testimonios afirma que “El cuerpo funciona con la alimentación”, en buena cuenta esto significa que hay un fundamento de la importancia que tiene las vitaminas que construyen todo el tejido orgánico, como decía una de las madres de familia, el alimento es la “qepa” o el tejido estructural que sostiene el cuerpo.

Otro testimonio aimara que se articula con lo explicado anteriormente es el siguiente: “El cuerpo funciona con la cabeza, y se mueve con el alma”. O sea el funcionamiento del cuerpo depende de la cabeza y el “alma”.

Asimismo se reafirma que el cuerpo “Sobre todo sirve para trabajar”. Sin duda una de las principales razones por la que existe el cuerpo según los aimaras es para el trabajo, y el trabajo en la concepción andina significa bienestar, dignidad y alegría.

Esto significa que el trabajo para el andino, es el único camino para poder conseguir los medios suficientes que permitan buscar el bienestar de la persona, la familia y la comunidad en general.⁴⁰ El apego al trabajo se sustenta en la cosmovisión andina, porque no está considerada como sufrimiento y humillación vergonzante, por el contrario es dignidad, es satisfacción es alegría y es fin en sí mismo (Sin duda el cuerpo en la cultura aimara no es concretamente la expresión de belleza, emociones, arte o estética, sino, que en su concepción, es reconocido como dimensión constitutiva que principalmente sirven para el trabajo. Esta idea de los aimaras no debe extrañarnos porque en antropología del cuerpo sabemos perfectamente que las culturas tienen diferentes formas de concebir el cuerpo.⁴¹

Según las representaciones del cuerpo y los saberes acerca del cuerpo son tributarios de un estado social, de una visión del mundo y, dentro de ésta última, de una definición de la persona. El cuerpo es una construcción simbólica, no una realidad en sí mismo. De ahí la mirada de representaciones que buscan darle sentido y su carácter heteróclito, insólito, contradictorio de una sociedad a otra.

Igualmente la concepción aimara sobre la salud está ligada, también, al trabajo definitivamente, para ellos la salud tiene una relación directa con el trabajo, es decir, la capacidad para el trabajo es el indicador de la salud de las personas, en concreto el trabajo es directamente proporcional a la salud. La salud para estas poblaciones significa estar sano (k'umara) físicamente para el trabajo: "Estar bien y poder realizar los trabajos (la chacra) en forma normal" .La salud, también, es relacionado con la alimentación natural, aquí el testimonio: "Salud es tener buena alimentación con productos naturales" .La creencia y relación con las divinidades, es también expresión de buena salud, y en la cultura andina específicamente la salud es producto de la crianza de la armonización de los elementos de la biodiversidad, reforzando esta idea Chambi (1997:3) sostiene que:

[...]la salud viene a construir el fruto de la armonización de la colectividad natural; no puede haber buena salud de una persona si el resto de los componentes de la colectividad natural (ríos, plantas, animales, cerros, piedras, etc.) se encuentran mal, es por eso que siempre se está criando la armonía en cada momento y como conviene al pacha.

Con estas concepciones de la salud tanto percibidas por la población aimara y las precisiones de los autores nos acercamos a la definición que ha dado la OMS en el sentido de que “La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS:1948).

Efectivamente no se puede reducir la salud únicamente al equilibrio de elementos biológicos, sino, también de elementos sociales, psicológicos y ecológicos, más o menos en esa perspectiva es la definición que hace Fernando Ortega (1990:192), al señalar que: “[...]la salud es producto de un orden, equilibrio o armonía no únicamente de elementos biológicos o bioquímicos, sino también de elementos sociales, sociológicos, ecológicos y aún económicos”.

Por último, la dimensión humana de la salud, lo deseable para la sociedad aimara es alcanzar a vivir alegre (k'uchijakaña), pero, la condición es la que persona debe estar sano (k'umara).⁴²

3.10.2 Percepción de las enfermedades en la cultura aimara

El origen de las enfermedades, dolencias y malestares en la concepción de los aimaras está clasificada por las siguientes causas: sobrenatural, emocional, religiosa, natural, personal (hechicería) y cultural. Precisamente una de ellas es la etiología “sobrenatural” de las enfermedades, bajo esta teoría de la enfermedad la sociedad aimara reconoce que no solamente el mundo está habitado por seres humanos, sino, por entes “sobrenaturales”, justamente estos

seres espirituales son los que podrían dar origen a las enfermedades, estos espíritus pueden ser los que habitan en las chullpas (torres funerarias prehispánicas donde están enterrado los “mallkus” o “líderes étnicos”) y pueden causar principalmente la enfermedad de la poliomielitis o “such’usu”; otro causante de la enfermedad podría ser el espíritu de la tierra o “pachamama” (divinidad femenina aimara) que puede enfermar a las personas que tienen peleas, miramientos y conflictos familiares, por ejemplo, la tierra puede atrapar el espíritu del niño o a la mujer embarazada que tropieza y cae extrañamente en algún lugar sagrado o extraño; el espíritu de la sirena (personaje que habita en las riberas de los lagos o ríos) pueden encantar, desorientar y llevarse a las personas a la profundidad de ríos y lagos; el espíritu del pantano tiene la propiedad de atrapar el ánimo de las personas; el espíritu de la piedra (conocido como waka) también puede causar enfermedades, el espíritu del aire (mal de aire) o el remolino (saxra) puede causar desde simples malestares hasta alteraciones y deformaciones en la cara.⁴²

El espíritu del lugar maléfico (phirucheka) también provoca enfermedades; el espíritu del arco iris (urpi) puede causar la enfermedad del estómago; el espíritu del Antawalla (ave nocturna que lleva una mecha, bolsa de fuego o tiene cola de fuego) puede comerse el feto de una embarazada, puede causar dolor en el estómago, fiebre, pérdida de peso, etc.; el espíritu del “anchanchu” o “lari lari” (espíritu malo que viven en las profundidades) de igual manera ocasiona enfermedades, etc.

Otra causalidad de la enfermedad es la emocional, esto ocurre cuando una persona sufre un susto y “pierde el alma” (alma wawa saraqata o animusaraqata). En realidad se trata de un malestar que tiene principalmente causas de orden psicológico y generalmente ocurre con los niños y los síntomas el desgano, alucinaciones y otros.

El espíritu de una persona o sea el “Ajayu” puede retirarse del cuerpo por muchas razones, pero una de las fundamentales, es el resultado de un tremendo susto, un susto que incluso haga perder el conocimiento y hasta el habla.^{idem40}

Los aimaras adultos también aseguran sentirse enfermos cuando pierden el “alma”, y los principales síntomas son la falta de ganas de trabajar, conversar, comer, caminar y hacer las tareas domésticas.⁴²

El susto se cuenta entre los síndromes culturalmente específicos de Latinoamérica. Se refiere a que la enfermedad es provocada por el susto/temor. Aunque en otras culturas también se conozcan causas similares para explicar la enfermedad es en Latinoamérica donde esto se denomina susto (2004:364).

Con respecto al factor psicológico o del susto, se debe resaltar que muchas personas aimaras opinan que la mayoría de las enfermedades ocurre por la pena “llaki” y una enfermedad de esa naturaleza se denomina “llakitausu” (enfermo por pena, angustia, preocupación, solitario), incluso estas enfermedades pueden tener un desenlace fatal es decir la muerte. Generalmente dicen que las parejas adultas mueren por esta razón. Se afirma también que el enfermo epiléptico o con trastorno mental (loqhiusu o loqhijaqi) sería justamente a causa de esta etiología. Se trata de una enfermedad parecida a la esquizofrenia que ataca particularmente al cerebro, entonces, la persona enferma se aleja del grupo familiar y la comunidad, corre a las colinas, prefiere radicar en los cerros y en la oscuridad. No solamente se concibe que los entes sobrenaturales y el susto sean causantes de las enfermedades, dolencias y malestares, también se debe a la etiología personal, es decir, muchas de las enfermedades son causadas por hechiceros y brujos (“layqa”), a los enfermos por estas causas le llaman “layqata” (hechizado), y son personas que difícilmente pueden recuperarse de

las enfermedades, esto ocurre principalmente por envidia, odio, competencia desleal y venganza, esta enfermedad ocurre, aplicando la magia⁴³

De igual manera en la concepción de los aymaras hay muchas enfermedades que son de etiología natural, esto significa que la enfermedad llega por trastornos orgánicos (desequilibrio entre los elementos calientes y fríos), el aimara se enferma cuando come o bebe alimentos demasiados fríos o calientes, por lo que se evita comer las torrijas y “k’ispiña”(panes de quinua) calientes. También reconoce como causas naturales aquellas enfermedades originadas por el frío: paludismo escalofrío (chujchuusu), gripe (pistiusu), reumatismo (ch’akhausu), neumonías y bronquitis (chuymausu); enfermedades originadas por el calor: fiebre, erupciones de la piel (cutucutuusu), por exposición prolonga de los labios al sol (llejti), el dolor de cabeza (piqiusu), legaña (aire churata), el soleado (lupinlupjatata), el mal del ojo (picazón, fiebre y coloración roja en los ojos). Otra de las enfermedades es la “colerina” a consecuencia de disgustos, pleitos, discusiones, críticas, envidia.

Por ejemplo “Cuando una mujer ha dado a luz no puede exponerse al frío ni al sol”, puede padecer de la “recaída” (enfermedad posparto). Otro caso sería la enfermedad del “jiphilljaqokipata” (intestino entreverado), esto generalmente ocurre cuando se realiza movimientos bruscos en el cuerpo. Los golpes al cuerpo, también, ocasionan enfermedades casi incurables como el “chhojiri” o “chhoxri”, por último se presenta el caso de la enfermedad del corazón volteado (“chuymajaksuta”).

Por otro lado, existe la etiología religiosa de las enfermedades, esta teoría corresponde a las patologías que son atribuidas al castigo de las divinidades, es decir, según los aymaras la enfermedad llega por castigo divino (“achachila”, “awicha”, “alma bendita”, “uywiri”, “tapa”, “apacheta”, “qoch’amama”, etc.).

Por ejemplo cuando hay un comportamiento humano equivocado, las divinidades que son benéficas llegan a castigar. Cuando alguien se olvida de

pedir permiso al muerto o al jugar, dormir, actuar impropriamente, cerca de ellas, entonces puede ser cogido por el espíritu del muerto (“oreja”). Cuando se está efectuando un ritual y si uno de los integrantes del grupo, por algún motivo se burla del ritual, las deidades lo castigan enviándole una enfermedad a fin de que escarmiente y no se mofe en otra ocasión. Cuando las mujeres abortan, pueden provocar la ira de las divinidades. O cuando no se ofrenda al Santo Patrón, a la Santa Patrona o Santuarios puede sopesarse con la enfermedad.

Finalmente se ha podido identificar la etiología cultural de las enfermedades (síndromes culturales), estas enfermedades llegan por quebrantar las costumbres o normas culturales, o por atentar sus códigos morales. Las malas costumbres les hacen perder la salud señalan algunos aimaras. Cuando no se practica la solidaridad, reciprocidad, fidelidad, lealtad y otros, pueden desencadenar malestares, impaciencia, mortificaciones, congojas, achaques, etc.

3.10.3 Tratamiento de las enfermedades dolencias y malestares en la cultura aymara

En este punto esta parte es necesario hacer un alto para reflexionar sobre la siguiente interrogante: ¿El tratamiento en la medicina aimara es terapéutica o profiláctica? A nuestro modo de ver es más profiláctica que terapéutica. En primer lugar, porque los medicamentos no solo se utilizan cuando una persona está enferma, sino, se consume cotidianamente, por ejemplos las plantas medicinales forma parte de la dieta alimentaria, es decir, la alimentación diaria casi siempre incluye infusiones o “mates” de ciertas hierbas, entonces, en teoría se afirma que el consumo cotidiano de las propiedades curativas de las plantas inmunizan las enfermedades. Precisamente esta es una ventaja de la medicina tradicional y por ello se afirma que se trataría de una medicina más profiláctica o preventiva.

El tratamiento, en lengua aimara, es traducido como “qullaña”, pero, estas prácticas tradicionales no se reduce únicamente a ello, el tratamiento implica cuidar “uñjaña”, es decir, no solo de curar las heridas, enfermedades, etc., sino particularmente de cuidarla en su sentido total, darle alimentación apropiada, proteger de los malos espíritus que siempre asechan a los enfermos, evitar la presencia de personas con carácter fuerte, es prácticamente cuidar al enfermo para su recuperación, además hay que tratar bien a la enfermedad porque no es únicamente una patología. En el pensamiento del poblador aimara, la enfermedad es una persona, es un compadre.

Enseguida se explica el tratamiento de las enfermedades, sobre todo la medicación y sanación se sujeta a un proceso, empieza con el diagnóstico y búsqueda de la causalidad, pues, en ese entender se empieza con el diagnóstico directo, que consiste en la conversación o diálogo entre el enfermo y el curandero (qulliri). Luego viene el examen empírico, que consiste en el tacto terapéutico (se palpa la vena para constatar la temperatura del cuerpo), se examina la orina, prácticamente es una especie de control del ritmo biométrico pero a la costumbre aimara.

Enseguida se realiza el método del diagnóstico indirecto: que consiste en el análisis a través de símbolos sagrados (lectura de la hoja de coca), análisis psíquico de los sueños, análisis de acontecimientos extraordinarios (presagios) y la interpretación o lectura de las entrañas u órganos internos del cuy (cobaya). De las explicaciones anteriores se puede deducir que el diagnóstico está muy relacionado a la cosmovisión y espiritualidad de los aimaras. Razón tiene Irarrazabal al afirmar que la cosmovisión marca la comprensión de dolencias y curaciones.⁴⁴

A los procesos terapéuticos señalados anteriormente se incluye el procedimiento ritual, es decir, no existe tratamiento que no esté acompañado de ritual, en todo caso se degradaría la posibilidad de lograr con eficacia el tratamiento de las enfermedades. El proceso terapéutico necesariamente esta

propiciado por un ritual llamado “misa” (celebración religiosa) y fundamentado en la dimensión mítica. El diagnóstico lo realiza un curandero quien hará un tratamiento extractivo de los malos espíritus. El curandero convoca a los espíritus: “achachila”, “uywiri”, “tapa”, “pachamama”, etc. Asimismo utiliza esencias aromáticas (incienso, copal, qoa, etc.) para ofrecer el alimento espiritual a las divinidades, y éstos en reciprocidad enviarán salud para los enfermos.⁴⁵

La inducción psicofarmacológica es otro del procedimiento terapéutico que se utilizan en la medicina aimara, son procedimientos que se usan para modificar los estados psicológicos y patrones de comportamiento al usar plantas alucinógenas (ejemplo, “turulawa”, “t’ula”). Se tiene versiones aún no confirmadas que los “Ch’amacanis” (personas que actúan en la noche) y “Japhallanis” (personas que aparecen y desaparecen) estarían usando estos procedimientos para la sanación de enfermedades extrañas porque tienen la capacidad de conversar con los espíritus de los cerros o “achachilas”.

Sin duda otra técnica tradicional es la inducción de estímulos o complejo de estímulos. Esto consiste básicamente en el manejo de eventos ambientales de estímulos melódicos (lugares donde habitan las sirenas, cumbres sagradas, lago, etc.), sugerencias directas (uso de la palabra, gritos, gestos, ademanes, etc.) y elementos rituales (crucifijo, piedra, campanilla, calavera, quirquincho, biblia, “ch’uspa”, coca, etc.), todo estos con la finalidad de tratar las enfermedades.

Prácticamente consiste en inducir conductas favorables para el tratamiento de las enfermedades a través de los efectos psicológicos de los elementos simbólicos. Si ésta técnica se usa con alta eficiencia es sumamente favorable en la medicina tradicional y particularmente exitosa en los tratamientos psiquiátricos.

También existe el procedimiento natural, para lo cual se utiliza, por ejemplo, mates de hierbas calientes (“ninasanku”, ortiga, salvia, perejil, “altamisa”, etc.), mates de hierbas frescas (llantén, “ch’irich’iri”, “ayrampo”, “uqururu”, manzanilla, etc.), uso de parches para tratamiento de dislocaduras, fracturas, fisuras, entablillados, sangrías, hematomas, etc. Por ejemplo, los componentes de un parche para el dolor de estómago pueden consistir en los siguientes componentes; “paiqo”, muña, ortiga negra, diente de león, “qanachu”, pepa de papaya, linaza, anís, almidón, azulacho, culantro, comino, guaje, moscada, ajo macho y placenta. Bajo este método se pueden tratar las caídas, golpes, lesiones, heridas, intoxicaciones y otras dolencias externas, enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo, enfermedades de la piel, enfermedades del embarazo, del parto y puerperio, enfermedades del feto y del recién nacido.

El procedimiento religioso es otro de las formas tradicionales para tratar las enfermedades. La medicina religiosa, es un sistema que consagra a la divinidad como elemento fundamental, necesario y esencial para la sanación de una persona.

La medicina y la religión en el mundo andino se encuentra profundamente asociadas señala Efraín Cáceres Esta práctica consiste en invocar, implorar plegarias, imprecaciones, ofrecer misas y sacrificios (en el idioma aimara se dice: “Jach’a misa”, “Cuti misa”, “Gloria misa”, “Misa de salud”, “Ayta” o “Aytu”, “Millo kollpa”, incienso pasayasiña” y otros).

Definitivamente los cultos curativos y peregrinaciones son considerados por este pueblo población los aimaras como procesos terapéuticos. En realidad los cultos curativos y las peregrinaciones responden básicamente al interés de buscar salud y bienestar, o la renovación de su fuerza vital, por ello es que hacen sacrificios. Por lo general, los ritos curativos se desarrollan en santuarios (cumbres sagradas) o centros de peregrinación, por ejemplo, en Puno

(Cancharani), Chucuito (Atoja), Juli (San Bartolomé), Pomata (Llaquepa), Zepita (Qhotapata), Laraqueri (PichuPichuni), Yunguyo (Khapia), Acora (Yanamuri), Iquique Chile (Santa Rosa) y otros. Las Vírgende Copacabana (Bolivia), de la Tirana (Iquique - Chile), de la Candelaria (Puno), de la Inmaculada Concepción (Juli), de Rosario (Pomata) y la Asunción (Chucuito y Laraqueri) son también visitadas con la finalidad de buscar salud y bienestar individual y familiar. ⁴⁶

3.10.4 Farmacopea aymara

La farmacopea aimara es muy amplia, de modo general, podría afirmar que no hay elemento natural y espiritual que no sea utilizado en el tratamiento de las enfermedades, es decir, plantas, minerales, animales, elementos biológicos del hombre, elementos del cosmos, colores y otros son utilizados para la sanación de las personas.

En cuanto a los medicamentos de origen biológico, se puede citar por ejemplo el cordón umbilical del primogénito varón, cocido y mezclado con alimentos se la da al esposo. También el cordón umbilical conservado sirve para dárselos a chupar a las criaturas cuando se enferman. La placenta se usa para el dolor de estómago. El excremento del recién nacido se utiliza para extirpar las alteraciones en la coloración de la piel de la cara (melasma) de la parturienta. La grasa del recién nacido para las cicatrices. El excremento humano o excremento de chancho para corregir las deformaciones de la cara. Ni que decir de la orina es el principal elemento biológico que se usa en las enfermedades de infamación y dolores de estómago. La saliva humana para evitar el sangrado. ⁴⁷

Con respecto a los medicamentos de origen vegetal (fitoterapéutica). Se utilizan muchas plantas, por ejemplo el Eucalipto (*eucaliptus glóbulos*), servirá para la higiene femenina, para los enjuagatorios, etc.

La chachacoma (senecioeriphyton), para los trastornos menstruales, las impurezas de sangre, fiebres, epidemias, etc. En cambio el paico (chenopodiumambrosioides L.), regula el flujo menstrual, acelerar el parto, y suele ser utilizada para provocar abortos. La hoja de coca (erythoxylon coca) acelera el parto y son utilizadas para todo tipo de enfermedades. La manzanilla (matricaria chamomilla) acelera el parto, mejora la menstruación, puede provocar el aborto, cura el asma, etc. La alfalfa o el lirio, muy bueno para el parto. La ruda (ruta graveolens) es bueno contra la recaída. El llantén (plantagomajor) ayuda a eliminar el reuma de la garganta, glándulas y pulmones. Es bueno para la epilepsia, ictericia, hidropesía, y obstrucciones del hígado, bazo y riñones, también para la audición disminuida.⁴⁸

En tanto que la medicina de origen animal, está compuesta por el uso de la placenta de llama, para ayudar o favorecer el parto. Las vísceras del cuye recién muerto, para los dolores del vientre. Perro negro o 12 cabezas de cachorros para tratar la pulmonía y los desórdenes mentales. El lagarto sirve para la artritis, dolor de muela. El cuy es bueno para las infecciones o tumores. La rana se usa para los dolores de cabeza y fiebre. La culebra principalmente para las luxaciones. Los gusanos (“laqatu”) para la tos. La oveja negra, y específicamente el seso de oveja para la enfermedad del “kaikha” (pasado por un mal espíritu), el zorrino (la carne y el orín) sirven para curar la tuberculosis. La carne fresca de vicuña disminuye las inflamaciones y el dolor. El corazón fresco de paloma es bueno para las hemorragias.

El polvo o infusión de las larvas de colibrí es excelente para la epilepsia. La sangre del cóndor para las enfermedades nerviosas. La sangre de vizcacha para las enfermedades del corazón. La sangre de zorrino para los fenómenos congestivos del árbol respiratorio. La grasa del cóndor y “qirqincho” o armadillo (Cingulata sypodidae) para los nervios encogidos y parálisis. La lana quemada de llama para las heridas, llagas y flujos de sangre.

Seguidamente se da cuenta de los medicamentos de origen mineral y otros. Pues, en esta farmacopea se puede usar la arcilla medicina (ch`aqu) para las úlceras, gastritis y hemorroides. La arcilla (phasa) bueno para las úlceras y gastritis. El barro podrido (ñiq`i) también es utilizado para el dolor de estómago, fiebre y hematomas. La arcilla esméctica (greda) para las hemorragias. El oro (qori) en maceración se usa para la epilepsia. La plata (qollqi) aplicada a presión en las contusiones impide la aparición de las equimosis y edemas. El imán o piedra imán con polvo diluido en agua sirve en las enfermedades nerviosas y las del corazón. La “qollpa” o “millu” (sulfato ferroso, férrico, alumínico) sirve como purgante y es bueno para las úlceras. El azufre (“asuphri”) bueno para combatir el dolor de cabeza causado por el aire. El “Janku” “qollqi” o sulfato de plomo disuelto en agua útil para el susto. El petróleo bruto para las enfermedades producidas por el frío. La “Janq`u” “lak`a” o yeso fibroso usado para las enfermedades del “ánimo”.⁴⁰

3.10.5. El Laberinto de la curación. Itinerarios Terapéuticos en las Ciudades de La Paz y El Alto

Este libro, a su manera, es una crítica a la actual política pública de salud boliviana, partiendo de un análisis de los itinerarios terapéuticos y de la situación de los médicos tradicionales, amenazados por la subordinación y sumisión al Sistema Nacional de Salud que no les reconoce, en la práctica, una paridad de condiciones. En esa línea, el análisis de Carmen Beatriz Loza se inscribe en la problemática de los itinerarios terapéuticos desarrollada por la antropología médica francesa como una especificidad analítica.⁴⁹

El título voluntariamente provocador remite a los laberintos y las encrucijadas confusas y enredadas que recorren los enfermos en las ciudades de La Paz y El Alto. Al mismo tiempo, es una seria llamada de atención al Sistema Nacional de Salud boliviano que contribuye a través de su política pública a la constitución de los laberintos.

La aplicación de la autora forma parte de la serie «Religión y Desarrollo en los Andes», compuesta de cuatro volúmenes sobre este tema, los cuales fueron editados por el Instituto Superior Ecuaménico Andino de Teología (ISEAT). Justamente, el cuarto volumen que reseñamos está dividido en tres partes, cada una de ellas compuesta por capítulos ilustrados con fotografías e infografías para esquematizar los resultados alcanzados a lo largo de la investigación. Además, el texto se fundamenta en más de 155 unidades bibliográficas consultadas en diferentes bibliotecas y otras extraídas de archivos privados y públicos.

La primera parte está dedicada al contexto geográfico y demográfico de La Paz, sede del gobierno boliviano y El Alto una ciudad de altura, ambas configuradas por sucesivas oleadas migratorias internas.

En el mismo capítulo, describe la metodología empleada en la investigación en torno a la encuesta: «Hablemos de la enfermedad», en quechua: *unquymanta parlana* y en aymara *usunakata parlañani*.

Por otra parte, presenta a los kallawayas y k'awayus como médicos herbolarios religiosos que cumplen un rol importante en la atención de la salud a los pobladores de las ciudades mencionadas.

La segunda parte se refiere a la aplicación de los nuevos paradigmas en salud en la política pública boliviana, a la luz de los documentos oficiales reformistas, desde el posliberalismo hasta el presente. La autora se centra en la incorporación de la medicina tradicional al Sistema Nacional de Salud a través del «modelo» denominado Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI). El mismo fue diseñado como una respuesta a las falencias del sistema biomédico nacional porque se articularía con los movimientos sociales, a la cabeza del Consejo Social Nacional de Salud.⁴⁹

Muestra que las medicinas tradicionales continúan rezagadas en el Sistema Nacional de Salud porque el «modelo» SAFCI diseñado por los biomédicos, los absorbe y controla para su propio engrandecimiento. De esta manera, saca a relucir una arraigada resistencia oficial al pluralismo médico en Bolivia, mostrando contradicciones en las nominaciones de las autoridades encargadas de las políticas públicas. Por ejemplo, hace referencia a la imposición biomédica y naturista en la Dirección de Medicina Tradicional e Interculturalidad.

.En suma, queda claramente demostrado que el Sistema Nacional de Salud todavía no responde a las demandas de la población. De ahí que la práctica de la medicina tradicional es una alternativa que no ha podido ser suplantada por la biomedicina en la actual coyuntura, proclive a desarrollar su hegemonía.⁴⁹

En esa línea, sostiene que el viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad debe ser dirigido por un médico tradicional y no así por otras personas que ignoran los principios y la práctica curativa. De manera que es urgente formular una política coherente de salud, aglutinadora y duradera para que se vislumbre una verdadera interculturalidad como una forma de asumir la responsabilidad humana frente al sufrimiento, la enfermedad y la muerte.⁵⁰

Con relación a las políticas públicas, sostiene que no existe una definida en materia de salud, en la medida que cada gobierno plantea una propuesta y desecha las anteriores. Actualmente, la interculturalidad vendría a ser la tabla de salvación, pero se verifican las enormes contradicciones en los planes diseñados para implementarla. Un ejemplo es el intento de institucionalización en los centros y hospitales (construcción de salas de partos interculturales) cuyos resultados son decepcionantes. Por otro lado, en teoría se defiende y publicita la interculturalidad y la hegemonía biomédica simultáneamente, lo cual está agudizando la brecha cultural existente en la relación entre el biomédico y el paciente indígena. A esto se añade la incorporación de los médicos cubanos, quienes desconocen las lenguas y cosmovisiones locales.

Otro aporte consiste en haber presentado por primera vez la actividad de las K'awayus que encarnan una de las figuras femeninas consagradas por el mundo espiritual para interceder entre los seres y las fuerzas espirituales. De esa manera, el libro evidencia las diferencias de género en las prácticas médicas andinas.

Finalmente, hace un llamado de atención a las autoridades para frenar la incursión y la violación de los sitios religiosos de curación y ceremonias andinas con el pretexto de convertirlos en miradores turísticos en La Paz y El Alto.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

"Las enfermedades no transmisibles son la primera causa de muerte y discapacidad en el mundo y los datos muestran que para el año 2020 representarán el 73 % de las defunciones", dijo en el primer seminario taller para la prevención y control de enfermedades no transmisibles.⁵¹

Según datos de la 26^a Conferencia Panamericana se considera a las ENT como causa principal de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe

En Bolivia, según datos del SNIS sobre producción de consultas externas y otros servicios del sistema, el 59,09% responden a las demandas sobre estas enfermedades, sus factores de riesgo y trastornos de salud mental, cifra que corresponde a las ENT que se registran actualmente.

Bajo la estrategia de Actuación integrada, dirigida a enfrentar los cambios del perfil epidemiológico y el perfil demográfico de nuestro país, estos cambios implican que las principales causas de morbi - mortalidad ya no son exclusivamente las enfermedades transmisibles, más al contrario las Enfermedades No Transmisibles cada vez cobran más importancia

(cardiovasculares, diabetes, cánceres, respiratorias obstructivas, etc.), y contribuyen las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial.

Lo que se pretende analizar en esta investigación es la prevalencia y el comportamiento de las Enfermedades No Transmisibles que han tenido en este último tiempo desde una perspectiva intercultural en los pobladores de la localidad de Coroico en la gestión 2016.

5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de las Enfermedades No Transmisibles desde la identificación cultural en la población urbana de Coroico en el primer trimestre de la Gestión 2016?

6. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1. -Amezcu, Manuel. El trabajo de campo etnográfico en salud. Una aproximación a la observación participante. Artículos especiales, metodología cualitativa

” Taylor-Bogdan utilizan la expresión Observación Participante para designar la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo (Taylor-Bogdan, 1990:31). Se trata de captar la realidad social y cultural de una sociedad o grupo social determinado, mediante la inclusión del investigador en el colectivo objeto de su estudio (Maestre, 1990

La observación participante parte de la idea de que existen muchas realidades que no pueden ser observadas de forma unitaria, por lo que cabe una diversificación en la interpretación de dicha realidad. Se trata de comprender los fenómenos, de indagar la intencionalidad. La fuente de los datos son las situaciones naturales, siendo el investigador el principal instrumento de recogida de datos. Investigador y sujeto de

investigación se interrelacionan de forma tal que se influyen mutuamente. La observación participante es pues algo más que una técnica, es la base de la investigación etnográfica, que se ocupa del estudio de los diferentes componentes culturales de las personas en su medio: las relaciones con el grupo, sus creencias, sus símbolos y rituales, los objetos que utilizan, sus costumbres, sus valores, etc.” es que el investigador utilice la observación precisamente para identificar el problema y las dimensiones que le interesa estudiar.

2. .Index de Enfermería, 2000. -Ander- Egg, Ezequiel. Técnicas e investigación social. Argentina, Ediciones Lumen, 1995. 424pp.

” Hipótesis Etimológicamente, el término hipótesis tiene su origen en las palabras griegas: thesis, que hace referencia a «lo que se pone», e hipo, que significa «por debajo». Hipótesis es, si nos atenemos a la estructura verbal de la palabra, lo que se pone por debajo o se supone. En el ámbito de las ciencias, las hipótesis son tentativas de explicación de los hechos y fenómenos a estudiar que se formulan al comienzo de una investigación mediante una suposición o conjetura verosímil destinada a ser probada por la comprobación de los hechos. Se trata de la afirmación de un resultado o relación que, a modo de orientación o idea directriz, guía la investigación y que debe ser mantenida o rectificadas una vez obtenidos los resultados de la investigación. Se dice que la hipótesis es una suposición basada en la inducción, la analogía y otras formas de razonamiento. Sin embargo, para evitar equívocos, hemos de señalar que la hipótesis es más que una suposición o conjetura: su formulación implica y exige constituirse como parte de un sistema de conocimiento, al mismo tiempo que ayuda a la construcción de ese sistema” “Variables Constituyen un elemento básico de las hipótesis puesto que éstas se construyen sobre la base de relaciones entre variables referentes a determinadas unidades de observación. ¿Qué es una variable? El término está tomado de las matemáticas, utilizándose de forma bastante

elástica en el ámbito de las ciencias sociales. Por lo general, se utiliza como sinónimo de «aspectos, «propiedad» o «dimensión».

3. **-Bengoa, José.** La emergencia indígena en América latina. 1ª ed. Santiago, Chile, Fondo de cultura económica, 2000. 341p.

“El caso de Bolivia es sin duda el de mayor impacto e importancia en la actualidad. El movimiento indígena boliviano, después de dos décadas de movilizaciones y toma de conciencia, asume la conducción del Estado “en cuanto indígena”, afirmando la etnicidad como uno de los elementos centrales de la ciudadanía y nacionalidad bolivianas. La presencia indígena en la política y la acción social (y en el conflicto social) está igualmente presente en México, Guatemala, Colombia, Ecuador, Perú y Chile. En este último país, el conflicto mapuche es, sin duda, el de mayor complejidad y el más agudo de todos los conflictos sociales y culturales que tiene ese país sudamericano“

4. Castro Pérez Roberto, La Antropología médica en México. La vida en la adversidad; el significado de la salud y la reproducción en la pobreza. México. Cuernavaca UNAM, Centro Regional de investigaciones Multidisciplinarias, 2000 539 p. “Los resultados de esta investigación, más bien, habrán de permitirnos comprender mejor cómo se han articulado los conceptos médicos modernos en una racionalidad comunitaria preexistente que se nutre de otros elementos de la realidad, como son los saberes médicos tradicionales y las condiciones materiales de vida” y estudios sobre la relación entre clases social y percepciones de salud.

5. - Defossez, A.C. Fassin D. y Viveros M. Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud, Instituto Francés de estudios andinos IFEA. Universidad Externado de Colombia 1992, “La presencia de factores de orden socioeconómico y político en la definición de la salud de las

mujeres, reitera, cada vez más, las limitaciones de la tradicional interpretación biológica de la relación salud-enfermedad. En este sentido, América latina, paradójicamente, desde sus condiciones estructurales, aporta elementos conceptuales para el entendimiento de esta compleja relación. “

6. Delgado Juan Manuel y Gutierrez Juan. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid. Editorial síntesis, 1999. “ Construcción del contexto teórico Cualitativo”
7. Gerardo Fernández Juárez, compilador. Salud e Interculturalidad en América Latina, Perspectivas Antropológicas. 1ª Edición, Quito, Ecuador, 2004. 350p.

“El autor revisa el andamiaje histórico de la medicina desde una óptica de la arqueología foucaultiana para ofrecernos una problematización de gran trascendencia acerca de cómo la versión más actualizada de esta ideología médica es cuestionada desde campos de pensamiento y de acción contra hegemónicos, en tiempos que se disputan como todavía modernos o definitivamente posmodernos.

En la misma línea, M. Camarés afirma que el modelo biomédico tendería a atomizar tanto al sujeto de estudio (el enfermo) como al objeto de estudio (la enfermedad), lo cual impediría contemplar y abordar esta última de una manera procesual, dialéctica y contextualizada. Para esta autora, "el lenguaje de la biomedicina como un hecho social está cargado de significados sociales que manifiestan relaciones de poder y que, al mismo tiempo, al estar investido de un aura de poder está legitimado para construir formas de conocer, intervenir así como de homogeneizar, entre otros, al cuerpo pieza anatomopatológica, al individuo enfermo-paciente a la propia enfermedad –entidad nosológica– a las relaciones profesional sanitario-usuario, médico-paciente; en definitiva al mundo" (p. 35). En este marco de análisis, muestra cómo la ruptura que se hace en

la relación medio-cultura-enfermedad se expresa en la formación de los profesionales de la salud. Estos no son socializados únicamente en términos de habilidades técnicas sino también formados dentro de una cultura particular, a través de un proceso de construcción ideológico-cultural caracterizado por lo que ella llama biologicismo o determinismo biológico. Pone, de este modo, énfasis en la dimensión político-ideológica de la enseñanza y formación profesional de los agentes de la salud. Por una parte, nos recuerda cómo los programas educativos se fundan en la certidumbre de tener por particularidad la universalidad. Parfraseando a Bourdieu, "la universalidad de los intereses particulares es la estrategia de legitimación por excelencia, que se impone con una urgencia particular a los productores culturales, siempre incitados por toda su tradición a pensarse como portadores y portavoces de lo universal, como 'funcionarios de la humanidad'". Situación que constituye, en nuestra opinión, un obstáculo difícil de enfrentar, dado que se halla incorporado en los agentes (cultura subjetivada) y en las instituciones (cultura objetivada) (Bourdieu 2005:158), lo que plantea el principal desafío del enfoque intercultural en salud en América Latina.

“Los resultados de los trabajos de investigación empírica incluidos en el texto, y sus consecuentes reflexiones nos hablan de la diversidad de aspectos involucrados en aquello que hoy llamamos salud intercultural. Los relatos etnográficos y experiencias personales de sus autores muestran sus aproximaciones a una realidad compleja, no de un modo distante sino formando parte de la trama de relaciones. Roberto Campos, por ejemplo, expone cómo en nuestros países "el fenómeno de auto atención curativa es un fenómeno social generalizado, que la automedicación es creciente en los sectores populares, que existe una bien conservada cultura médica materna, que ellas establecen estrategias particulares para cada evento de enfermedad de acuerdo a

sus conocimientos y experiencias previas; que realizan complementariedad de tratamientos biomédicos y populares, y que estas estrategias curativas deben ser conocidas por el personal de salud con el fin de establecer una mejor relación médico paciente" (Cf. página 132).

De esta manera, Luisa Abad concluye en que la historia de la medicina en América Latina es la historia de una negación. La clasificación de la medicina indígena como etno medicina, medicina popular, medicina ancestral, medicina tradicional, etc., se impone para evidenciar la subalternidad de sus agentes. Para ella el problema de la aplicación de la salud intercultural radica en la grave crisis que sufre la medicina (académica) en relación a los niveles, grados, tonos y modos de comunicación entre el médico (entendido como persona que sabe curar) y el paciente (entendido como ser doliente) que se sabe o se considera enfermo y que precisa de la ayuda especializada. Esa confianza en el médico (léase yatiri, chamán, etc.) sin embargo no se ha perdido en el mundo indígena, muy a pesar de los insistentes intentos de la OPS en la década de los ochenta y noventa por introducir la medicina occidental basándose en las contundentes cifras ofrecidas por los respectivos países sobre las tasas de mortalidad materno infantil, perinatal etc., causadas por enfermedades infectocontagiosas, principalmente, y que llevaron a muchos pueblos indígenas a idealizar y sobreestimar la capacidad de "los remedios" frente a sus propios especialistas o terapias."

8. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Género y salud mental en un mundo cambiante. Valencia, España, 2004. Vol. 18 (Nº.1): Ejemplar dedicado a: Informe SESPAS

"El propósito fundamental en este artículo ha sido explicar el status secundario que universalmente tiene la mujer. Intelectual y

personalmente, me siento muy afectada por este problema; me siento obligada a tratarlo antes de emprender un análisis de la situación de la mujer en cualquier sociedad concreta. Las variaciones locales, sean económicas, ecológicas, históricas, políticas o de la estructura social, de los valores o de la concepción del mundo, pueden explicar las variaciones dentro de este universal, pero no explican el universal en sí. Y si no queremos aceptar la ideología del determinismo biológico, su explicación, me parece a mí, sólo puede realizarse haciendo referencia a otros universales de la situación cultural humana. Por eso, los rasgos generales de este tratamiento –aunque no, desde luego, la solución concreta ofrecida- fueron determinados por el mismo problema y no por ninguna predilección mía por el análisis global, estructural y abstracto. He sostenido que la desvalorización universal de las mujeres puede explicarse afirmando que las mujeres son consideradas más próximas a la naturaleza que los hombres, considerándose que los hombres ocupan de forma más inequívoca los niveles superiores de la cultura.

La distinción cultura / naturaleza es, de por sí, un producto de la cultura, definiéndose mínimamente la cultura como el trascender, por medio de sistemas de pensamiento y tecnología, los hechos naturales de la existencia. Se trata, por supuesto, de una definición analítica, pero sostengo que en un cierto nivel toda cultura incorpora esta noción de una u otra forma, aunque sólo sea en la celebración de los ritos que afirman la capacidad humana para manipular lo dado.

En cualquier caso, este artículo pretende fundamentalmente mostrar por qué las mujeres pueden tender a ser consideradas, una y otra vez, en las más diversas clases de concepciones del mundo y en las más diversas culturas de todos los grados de complejidad, como más próximas que los hombres a la naturaleza. La fisiología de la mujer, que durante la mayor parte del tiempo se ocupa de la «naturaleza de la vida»; la asociación de la mujer al contexto doméstico, estructuralmente subordinado, encargado

de la crucial función de transformar los niños que son parecidos a los animales en seres culturales; la «psique de la mujer», adecuada para las funciones maternas por su propio proceso de socialización y que tiende hacia un mayor personalismo y hacia formas de relación menos mediatizadas, todos estos factores hacen que la mujer parezca estar más directa y profundamente enraizada en la naturaleza.

Al mismo tiempo, sin embargo, su «pertenencia» y su absolutamente y necesaria participación en la cultura son reconocidas por la cultura y no se pueden negar. Así, pues, se considera que la mujer ocupa una posición intermedia entre la naturaleza y la cultura”.

9. Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas demográficas [consultado 2011, febrero 22]. Disponible

en <http://www.ine.gob.bo/indice/indice.aspx?d1=0301&d2=6> [Links]

10. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 [consultado 2011 febrero 22]. Disponible

en: <http://www.scribd.com/doc/22108642/Encuesta-Nacional-de-Demografia-y-Salud-ENDSA-2008> [Links]

“La propuesta de desarrollo expresado en el Plan Nacional de Desarrollo del actual gobierno se basa en la concepción del Vivir Bien, propia de las culturas originarias e indígenas de Bolivia. El Vivir Bien expresa el encuentro entre pueblos y comunidades, respetando la diversidad e identidad cultural; es decir, „vivir bien entre las personas“. Es una convivencia comunitaria, con interculturalidad y sin asimetrías de poder, „no se puede vivir bien si los demás viven mal“, se trata de vivir como parte de la comunidad, con protección de ella. Al mismo tiempo, vivir bien en armonía con la naturaleza significa „vivir en equilibrio con lo que nos rodea. El Vivir Bien también es la expresión cultural que condensa la forma de entender la satisfacción compartida de las necesidades humanas más allá del ámbito de lo material y económico, porque incluye

la afectividad, el reconocimiento y prestigio social, a diferencia del concepto occidental de „bienestar“ que está limitado al acceso y a la acumulación de bienes materiales.” Asimismo se enfatiza que...el Vivir Bien es la demanda de humanización del desarrollo... de tal manera que el desarrollo se convierte en un proceso colectivo de decisión y acción de la sociedad como sujeto activo y no como receptores de directrices verticales. Así, el Vivir Bien será entendido como el acceso y disfrute de los bienes materiales y de la realización efectiva, subjetiva, intelectual y espiritual, en armonía con la naturaleza y en comunidad con los seres humanos.” Es a partir de esta nueva concepción que en el Plan Nacional de Desarrollo se propone construir un nuevo país: la transformación del país en el largo plazo, en el lapso de una generación, configura una Bolivia digna, soberana, productiva, democrática y participativa para que todos, bolivianos y bolivianas, „vivan bien“. Para el logro de cada uno de estos cuatro pilares —Bolivia digna, democrática y participativa, productiva y soberana— conducentes al Vivir Bien se plantean estrategias. —La estrategia Bolivia Digna, en particular, asume una proyección tetradimensional: genera capacidades humanas y comunitarias para el desarrollo de la economía, la propia sociedad, la cultura y la política, en este sentido forma y reproduce el factor más importante del desarrollo: las personas, que son individuo, familia, comunidad; la distribución de factores y medios de producción, como elemento sustantivo de la reciprocidad y la redistribución del excedente nacional que potencia y fortalece la capacidad de los actores y el territorio; al mismo tiempo, genera desarrollo sociocomunitario pleno, sano, creativo, proactivo, con valores e identidad, con capacidad proyectiva, con esperanza y con capacidad transformadora; y orienta al construir y reproducir la equidad.”

11. Index de Enfermería, 2000. -Ander- Egg, Ezequiel. Técnicas e investigación social. Argentina, Ediciones Lumen, 1995. 424pp.

7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVO GENERAL.

Conocer la prevalencia de las Enfermedades No Transmisibles desde la identificación cultural en la población urbana de Coroico en la Gestión 2016

7.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

7.2.1. Determinar las características sociodemográficas de la población urbana de Coroico durante la Gestión 2016.

7.2.2. Identificar la cultura con la que se identifican los habitantes de la localidad urbana de Coroico durante la gestión 2016.

7.2.3. Analizar la frecuencia de las Enfermedades No Transmisibles de acuerdo a su identificación cultural.

8. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El método de estudio es descriptivo transversal, porque el estudio se realizó en un momento determinado.

8.1. Técnicas de recolección de Información

- Aplicación de la Encuesta Estructurada y validada por el IINSAD. (ver anexo)
- Proceso de relevamiento de datos y su posterior análisis

Para este análisis se usó información a nivel mundial y nacional como punto de referencia y las encuestas realizadas por el equipo de Maestranes de Salud Pública mención Epidemiología.

Entre sus variables de estudio será de tipo cualitativo nominal ya que describirá la relación entre dos o más variables en un momento determinado y solo se realizarán una sola medición que nos permitirá identificar la problemática estudiada.

Luego se hicieron las mediciones antropométricas necesarias, peso con una balanza portátil calibrada, Tensiómetros, cinta métrica.

8.2. Contexto o lugar de Intervención

El presente estudio de Investigación se realizó en la localidad de Coroico de la Ciudad de La Paz durante el primer trimestre la gestión 2016.

Coroico tiene una extensión territorial de 1.088 Km² y ocupa el 2,18% del territorio departamental, es la primera sección de la provincia Nor Yungas del departamento de La Paz. La capital, se encuentra a 90 kms. de la ciudad de La Paz, ingresando por la carretera troncal a los Yungas, y una población estimada de 19.397 habitantes (INE Censo 2012), con una topografía accidentada.⁵¹

El Municipio de Coroico está insertado en lo que se denomina Yungas, que según el mapa fisiográfico de Bolivia, hace referencia a una región montañosa localizada entre 3.000 y 6.000 metros de altitud, siendo su característica principal la presencia de cuencas muy profundas y montañas de gran elevación con declives fuertemente inclinados, además del carácter abrupto de la subida a la cordillera, cuyos topes llegan hasta los 5.500 metros. Así, las altitudes reflejan una región con una topografía muy irregular, presentando pendientes fuertes y moderadas con cimas que van desde los 1.500 hasta los 3.000 metros sobre el nivel del mar

El municipio se encuentra constituido por tres cantones: Coroico, Pacoyo y Mururata. Actualmente, los tres cantones albergan 104 comunidades campesinas, además de la ciudad de Coroico, la cual pertenece al cantón de

Coroico. Así, la población urbana está localizada principalmente en la ciudad de Coroico, pero también algunas comunidades cuentan con pequeñas áreas que concentran alguna población urbana. La población rural está distribuida en las diversas comunidades y de forma dispersa debido a las características propias de una sociedad dedicada a la producción agrícola.

El origen de la población es aymara con presencia de grupos afrobolivianos, concentrados principalmente en las comunidades de Tocaña, Yariza - Chijchipa y Mururata. Los principales idiomas son el castellano y el aymara, siendo gran parte de la población bilingüe. La principal fiesta es la venerada a la Virgen de la Candelaria, el 20 de octubre.

Coroico se caracteriza por su exuberante vegetación propia de climas cálidos y su espesa vegetación, tiene bosque húmedo subtropical, ubicados a una altitud de 1.500 msnm y se identifica con Coroico por la existencia de tres meses efectivamente secos y ninguno muy húmedo.

En cuanto al Clima y tomando como base una altitud media de 1.377 msnm, que corresponde a la principal estación meteorológica, el comportamiento de las principales variables climatológicas se describe a continuación:

Precipitaciones pluviales ocurren a lo largo de todo el año, hay frecuente presencia de neblinas orográficas concentradas en las laderas superiores de las montañas durante gran parte del año que influyen en el bosque y causan procesos de condensación y captación de agua. Los límites de las precipitaciones medias mensuales son de 21 y 189 mm., siendo la precipitación media anual de 1.227 mm.

La temperatura media mensual varía entre 16,6 y 19,4 °C, no registrando variaciones significativas a lo largo del año, aunque en el invierno sea registrada una temperatura mínima media mensual críticamente baja y en el verano una temperatura máxima media mensual moderadamente más alta.

La temperatura media anual es de 18,4 °C, siendo junio y julio los meses de menor temperatura, mientras que enero y febrero representan los meses más calurosos.⁵⁹

Dentro del sistema de Salud, Coroico pertenece a la Red Rural 8 cuenta con 4 Puestos de Salud de 1er Nivel del Sistema Público (P.S. Challa; P.S Pacayo; P.S. Sta. Rosaquilo Quilo: P.S Suapi, con sus respectivos servicios básicos, agua potable, servicios higiénicos y energía eléctrica los mismos son insuficientes ya que no cuenta con camas ni quirófanos, a excepción del centro de salud de Challa que cuenta con una cama, su ubicación es de manera estratégica. Un Centro de Salud de 1er Nivel dependiente de la Iglesia C.S. Carmen Pampa y el Hospital de Coroico, de 2do Nivel de atención con los servicios básicos perteneciente al Sistema público que se constituye en el Hospital de referencia de los Yungas con un elevado nivel de Atención (SNIS SEDES LA PAZ -2010).

En cumplimiento a la SAFCI, existe el Directorio Local de Salud (DILOS), conformado por el Alcalde del Municipio, el presidente del Comité de Vigilancia y el Representante del Servicio Departamental de Salud (SEDES), el cual tiene la misión de llevar adelante una gestión Participativa y concertada en la región efectivizada en el Plan Estratégico Sectorial de Salud y el Plan de desarrollo Municipal.

En cuanto al área urbana de Coroico, los hogares que disponen de agua por cañería dentro de las viviendas ascienden a 370 y los hogares que disponen de agua por cañería pero fuera de la vivienda llegan a 200, por otro lado existen 40 hogares que no cuentan con agua por cañería, haciendo un total de 610.

Los hogares que cuentan con baño o letrina en el área urbano de Coroico alcanzan a 480 y los que no cuentan con este servicio son 130 hogares haciéndose esta deficiencia aún más en el área rural (Censo 2001 INE) de los

cuales 427 tienen alcantarillado, 22 cuenta con cámara séptica, 28 tiene pozo ciego y 3 están en la superficie y/o quebrada.

En cuanto a su economía, esta se basa principalmente en la actividad agrícola de la unidad familiar, con la producción de café y cacao, frutas tropicales, considerado los productos más tradicionales en el Sector y amplios cultivos de coca. Coroico, junto con Chulumani, es uno de los pocos lugares de los yungas paceños que se prestan para una agricultura mecanizada que es la base del sistema productivo campesino que varía en función a determinadas circunstancias.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE 2012), Coroico tiene una población de 19.397 habitantes y la población objeto de estudio serán los hombres y mujeres mayores de 18 años los que alcanzan a 12.696 habitantes.

Sin embargo la población urbana de Coroico esta alrededor de 3928 habitantes

Para el diseño de la muestra, en primer lugar se ha identificado a la unidad de análisis, que corresponde a los pobladores afro bolivianas del área rural y así determinar los factores biopsicosocial que lleva a la dificultad de locomoción asociadas a su situación laboral de hombres y mujeres comprendidas entre las edades de 18 años y más que se encuentran durante el primer trimestre la gestión 2016:

8.3. MEDICIONES

La medición en el presente estudio de investigación fue la encuesta estructurada sobre prevalencia de enfermedades no transmisibles y sus factores condicionantes con un enfoque de género e interculturalidad en la población urbana de Coroico, instrumento validado por el IINSAD

El conteo fue realizado por un equipo multidisciplinario de profesionales, que estandarizaron la toma de medidas antropométricas; (peso, talla, cintura y

cadera) encontrándose previamente el individuo descalzo, con ropa ligera y en reposo o posición sedente para medir la tensión arterial, de acuerdo a los protocolos establecidos

Para la toma y recojo de muestras de laboratorio, se la realizó en coordinación previa con el Hospital de Coroico, a encuestados que aceptaron realizarse las pruebas.

El llenado de las encuestas tuvo una duración de dos días, la primera jornada fue de 08: 00 a 18:00 horas, y la segunda jornada de 08:00 a 16:00 horas. Al finalizar el trabajo de campo se recogieron todas las encuestas para crear una base de datos en el programa estadístico SPSS a cargo de la persona idónea en la materia.

Los resultados de laboratorio fueron publicados en un panel informativo del Hospital de Coroico con sus respectivas observaciones y recomendaciones.

8.3.1. Unidad de Observación

Fueron pobladores de la localidad urbana de Coroico entre hombres y mujeres mayores de 18 años.

8.3.2. Marco muestral

Para dicho estudio se tomó en cuenta a personas mayores de 18 años, residentes de la localidad de Coroico del departamento de La Paz durante la gestión 2016.

Se tomó en cuenta a 305 personas entre hombres y mujeres que se encontraban circulando en el área urbana de Coroico.

8.3.2.1. Tamaño de muestra

La fórmula recomendable para obtener proporciones, con posibilidades de relacionar factores en sólo un grupo poblacional

Criterios técnicos para el cálculo para población finita

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

- N=Tamaño de la población
- Z= Nivel de confianza de 95%,
- p= Prevalencia global estimada 0,5%
- q= complemento de p 0,5%
- d= Precisión de 5%
- No respuesta 20%

Siendo que el diseño exige análisis de relación, la encuesta y las mediciones serán a la misma persona para lograr el análisis correspondiente.

Consideramos que el tamaño de la muestra de las mediciones y la encuesta podrán ser diferentes considerando dos criterios técnicos, que el nivel de precisión no necesariamente tiene que ser iguales.

Para dicho estudio se realizó 305 encuestas.

8.3.2.2. Muestreo

Se definió que se tomara muestra probabilística aleatoria simple a los pobladores del área urbana de Coroico que se encontraban por cercanía de la plaza y Hospital de Coroico

8.3.2.3 Recolección de datos

Se realizó con la aplicación de la Encuesta Estructurada y validada por el IINSAD (ver anexo), seguida del procesamiento de datos y posterior análisis de los resultados.

8.3.4. Plan de Análisis

En el presente estudio se realizó una descripción de la población y sus aspectos socios demográficos, que nos permitirán una mayor interpretación de los resultados obtenidos.

8.3.5. Análisis Estadístico

El análisis estadístico se efectuó a través del programa SPSS con el cual se diseñó las tablas que se detallan en el proceso.

8.3.5.1. Variables

Variable independiente: Identificación Cultural

Variable dependiente: Enfermedades No Transmisibles de los pobladores de Coroico

8.3.5.2. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

a) Orden de las variables de estudio

VARIABLES SUBJETIVAS	CONCEPTO	INSTRUMENTO	ESCALA
Identificación cultural	<i>Conjunto de valores, tradiciones, símbolos creencias y modo de comportamiento</i>	Encuesta	Nominal Aymara Quechua Guarani Otros
Religión	<i>Es un sistema cultural de comportamiento y prácticas, cosmovisión y ética y organización social sobre una categoría existencial.</i>	Encuesta	Nominal Politocomica Católico Cristiano (no católico) Otros *Ninguna
Confianza para curarse	<i>Actitud de seguridad de las personas frente a una acción futura</i>	Encuesta	Nominal Politomica Personal de salud Medico tradicional Familia Automedicación Otros
Causas de enfermedad	Hecho, fenómeno, situación o actitud que produce o provoca una acción que puede adoptar actitudes positivas o negativas	Encuesta	Nominal Politomica Mala alimentación – hábitos personales- fuerza sobrenatural- herencia

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Género	<i>Características que distingue al hombre y a la mujer</i>	Encuesta	Nominal dicotómica Femenino Masculino

Edad	<i>Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona</i>	Encuesta	Razón Numérica 18- 25 26- 33 34- 41 42-49 50-57 58-65 66-73 74-81
Estado Civil	<i>Situación de las personas físicas determinada por su relación de familia, proveniente de matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes</i>	Encuesta	Nominal Politomica Soltera *Casada/o *Unión libre *Divorciada/o *Viuda/o
Ocupación	<i>Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo</i>	Encuesta	Nominal Politomica Empleado público/ privado Trabajador independiente *Estudiante *Ama de casa *Jubilado *Desempleado sin trabajo *Desempleado por discapacidad, enfermedad u otro
Nivel de Instrucción	<i>Grado máximo de estudios cursado y aprobado que tiene una persona</i>	Encuesta	Ordinal Primaria *secundaria *Técnicos *Universidad *postgrado *Ninguno

8.3.6. RESULTADOS

La encuesta se aplicó de acuerdo a la metodología de muestreo al azar en pobladores del área urbana de Coroico y se obtuvo los siguientes resultados, donde se observa mayor participación de mujeres.

Resultados en relación al objetivo No. 1

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA POBLACION URBANA DE COROICO DURANTE LA GESTION 2016

CUADRO N° 1**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION URBANA DE COROICO POR GRUPO ETAREO SEGÚN SEXO DURANTE LA GESTION 2016**

GRUPO ETAREO	SEXO			PORCENTAJE	TOTAL
	FEMENINO	PORCENTAJE	MASCULINO		
18-25	34	11%	7	2%	41
26-33	25	8%	14	5%	39
34-41	28	9%	18	6%	46
42-49	22	7%	15	5%	37
50-57	26	9%	22	7%	48
58-65	20	7%	32	10%	52
66-73	9	3%	20	7%	29
74-81	2	1%	8	3%	10
82-89	0	0%	3	1%	3
TOTAL	166	55%	139	45%	305

Fuente: Encuesta sobre prevalencia ENT y sus factores condicionantes con un enfoque de género e interculturalidad en la localidad de Coroico 1er trimestre 2016

Elaboración: propia (1er trimestre 2018)

El cuadro N°1 muestra que el sexo femenino es el predominante en este grupo de estudio representando un 55%, con mayor participación de personas entre los 18 a 25 años de edad, y el sexo masculino en un 45% de entre 58 a 65 años de edad.

Se puede justificar, esta diferencia es debido a que las mujeres tienen un mayor protagonismo y participación en este tipo de estudios, por tanto demuestran mayor interés sobre su salud y de su familia, ya que cuentan con el tiempo necesario para el cuidado del hogar, a diferencia de los hombres que son los que salen a trabajar la tierra.

CUADRO N° 2

RELACION PORCENTUAL SEGÚN DE SEXO Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA POBLACION URBANA DE COROICO DURANTE LA GESTION 2016

SEXO	PRIMARIA	%	SECUNDARIA	%	TÉCNICO	%	UNIVERSIDAD (LICENCIATURA)	%	NINGUNO	%	TOTAL
Femenino	51	17	68	22	12	4	22	7%	13	4%	166
Masculino	58	19	57	19	7	2	14	5%	3	1%	139
TOTAL	109	36	125	41	19	6	36	12%	16	5%	305

Fuente: Encuesta sobre prevalencia ENT y sus factores condicionantes con un enfoque de género e interculturalidad en la localidad de Coroico 1er trimestre 2016

Elaboración: propia (1er trimestre 2018)

El Cuadro N° 2 nos muestra el nivel de instrucción por sexo, donde podemos observar que un número el sexo femenino tiene una mayor formación académica, alcanzando el nivel secundario con un 22%, Técnico Superior 12 % y nivel Licenciatura 22%, en relación al sexo masculino.

CUADRO N° 3

DISTRIBUCION SEGUN EDAD Y ESTADO CIVIL DE LA POBLACION URBANA DE COROICO DURANTE LA GESTION 2016

EDAD	ESTADO CIVIL										
	SOLETRO	%	CASADO/A	%	CONCUBINO/A	%	DIVORCIADO/A	%	VIUDO/A	%	TOTAL
18-25	25	8	2	1	14	5	0	0	0	0	41
26-33	10	3	11	4	18	6	0	0	0	0	39
34-41	8	3	24	8	12	4	1	0	1	0	46
42-49	7	2	16	5	9	3	3	1	2	1	37
50-57	5	2	29	10	7	2	3	1	4	1	48
58-65	14	5	23	8	7	2	1	0	7	2	52
66-73	1	0	18	6	1	0	2	1	7	2	29
74-81	0	0	5	2	2	1	0	0	3	1	10
82-89	0	0	2	1	0	0	0	0	1	0	3
TOTAL	70	23	130	45	70	23	10	3	25	7	305

Fuente: Encuesta sobre prevalencia ENT y sus factores condicionantes con un enfoque de género e interculturalidad en la localidad de Coroico 1er trimestre 2016

Elaboración: propia (1er trimestre 2018)

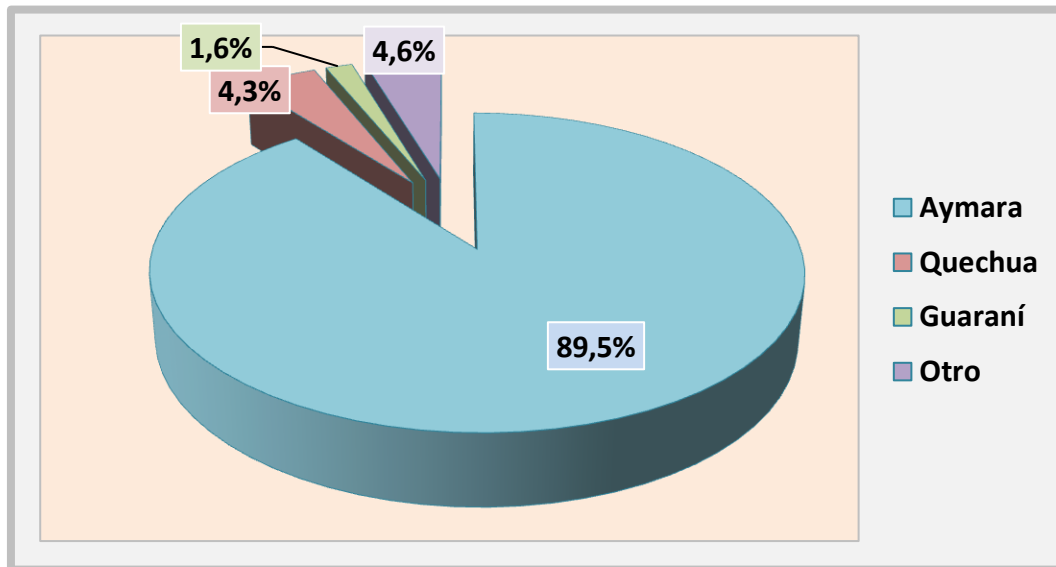
El cuadro No. 3 muestra el estado civil de los encuestados por grupo etareo donde se observa que se llegó a un número considerable de casados/as, alcanzando al 45% con una mayor participación entre las edades de 34 a 65 años, considerados en edad económicamente activa, seguidamente se encuentran los que mantienen una relación de concubinato, con un 23% al igual que los solteros.

Cabe resaltar que en un número más reducido están los viudo/as alcanzando el 7% los mismos que se encuentran en una edad avanzada.

Resultados en relación al objetivo N° 2

Grafico N°1:

RELACION PORCENTUAL DE LA IDENTIFICACION CULTURAL DE LA POBLACION URBANA DE COROICO DURANTE LA GESTION 2016



Fuente: Encuesta sobre prevalencia ENT y sus factores condicionantes con un enfoque de género e Interculturalidad en la localidad de Coroico 1er trimestre 2016

Elaboración: propia (1er trimestre 2018)

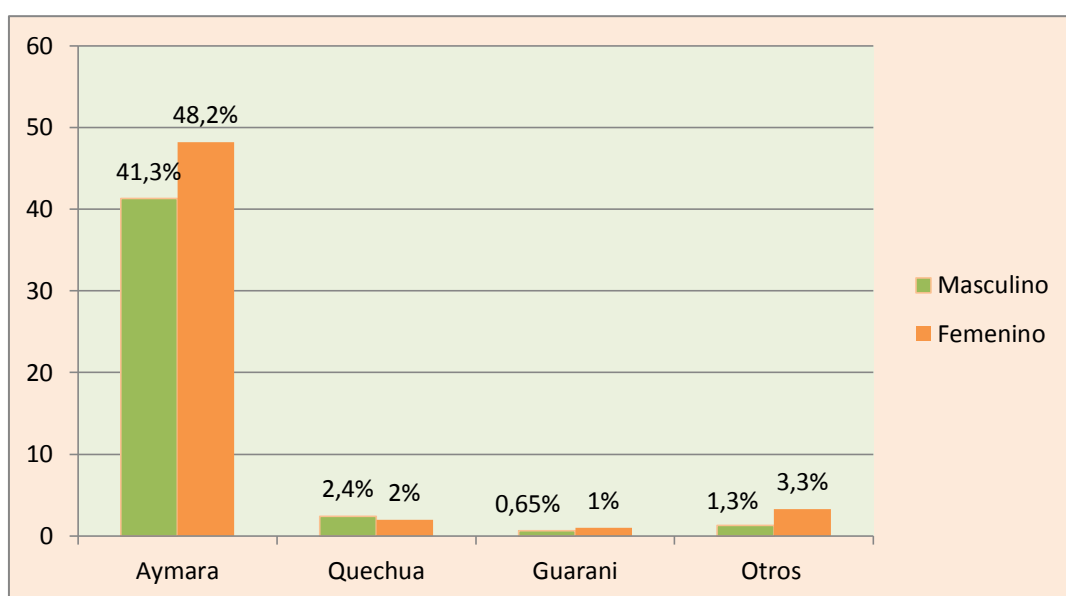
Esta investigación, también ha permitido conocer que en la localidad urbana de Coroico, se observó que un 89.5 % se identifica como aymara correspondiendo al mayor grupo cultural identificado, este dato coincide con el Plan de Desarrollo Municipal de Coroico, donde más del 50% de la población es fundamentalmente de origen aymara, además la población al ser dinámica puede modificar su relación con la cultura de pertenencia.

Estos resultados nos permiten conocer que la cultura aymara es predominante en la población urbana de Coroico, por tanto esta cultura tiene una concepción estructural funcionalista sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad,

La Constitución Política del estado boliviano reconoció que la realidad social de nuestro país se encuentra marcada por la diversidad cultural y la presencia de diferentes etnias.

CUADRO N° 4

RELACION PORCENTUAL SEGÚN IDENTIFICACION CULTURAL POR SEXO DE LA POBLACION URBANA DE COROICO DURANTE LA GESTION 2016



Fuente: Encuesta sobre prevalencia ENT y sus factores condicionantes con un enfoque de género e interculturalidad en la localidad de Coroico 1er trimestre 2016

Elaboración: propia (1er trimestre 2018)

Como se puede observar en el presente cuadro tanto la población femenina como masculina se identifica con la cultura aymara, donde la población masculina alcanza el 41.3 % y las mujeres con un 48.2 % de la población haciendo un total del 89,5 por ciento según sexo sin embargo cabe resaltar la mayor participación del sexo femenino y en un porcentaje reducido están las otras culturas

Resultados en relación al objetivo N° 3

CUADRO N°5:

FRECUENCIAS DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DE ACUERDO A IDENTIFICACION CULTURAL DE LA POBLACION URBANA DE COROICO DURANTE LA GESTION 2016

	HIPERTENSION ARTERIAL	%	DIABETES	%	OBESIDAD	%	TOTAL
Aymara	144	50	24	8	85	30	253
Quechua	5	2	4	1	4	1	13
Guaraní	2	1	2	1	2	1	6
Otro	10	3	2	1	4	1	16
TOTAL	161	56%	32	11%	95	33%	288

Fuente: Encuesta sobre prevalencia ENT y sus factores condicionantes con un enfoque de género e interculturalidad en la localidad de Coroico

Elaboración: propia

En relación a la frecuencia de las enfermedades no transmisibles según su identidad cultural, donde predomina la cultura aymara se puede observar que el 56% de los encuestados fueron diagnosticados con Hipertensión arterial, en segundo lugar se encuentran los que presentan obesidad con un 33% y los que fueron diagnosticados con diabetes, alcanzan al 11%.

Si bien, un mayor porcentaje se autoidentifica con la cultura aymara, los cuales tienen sus patrones de conducta bien definidos, los mismos se ven afectados por la transculturación y/o aculturación, modificando su cultura y por ende sus estilos de vida poco saludables.

8.3.7. RESULTADOS

En el Grupo de estudio se observó que las características socio demográficas que el género femenino tuvo mayor participación alcanzando un 55% a diferencia del sexo masculino donde se alcanzó un 45%, debido a que el momento de la encuesta las mujeres presentan mayor disponibilidad para colaborar y por ende demuestran mayor interés en su salud, y la mayor participación de encuestados se encuentran en edad productiva

El nivel de instrucción podemos observar que un número considerable de hombres y mujeres alcanzo el nivel secundario, y una ligera diferencia alcanzo el nivel primario, un porcentaje reducido no tiene ningún nivel de instrucción, lo que hace suponer que la población encuestada tiene un nivel medio de instrucción, es por cuanto que esa población asimila los factores de riesgo a los que están expuesto de acuerdo al entorno en que viven.

En cuanto al estado civil de los encuestados por grupo etareó donde se observa que se llegó a un número considerable de casados/as, seguidamente se encuentran los que mantienen una relación de concubinato, y las/os solteras/os, y en un número más reducidos están los viudo/a y los divorciados/as

En la población urbana de Coroico un porcentaje considerable se autoidentifica con la cultura aymara y que de alguna manera ingresa a la transculturación y/o aculturación al contexto sociocultural, modificándose la cultura tiene una concepción estructural funcionalista sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad.

En relación a la frecuencia de las enfermedades no transmisibles según su identidad cultural, donde predomina la cultura aymara se puede observar que el 56% fueron diagnosticados con Hipertensión arterial, seguidos de la Obesidad con un 33% y un tercer lugar están los diagnosticados con diabetes con un 11%, cifras que pueden ir en aumento si no son detectadas a tiempo.

8.3.8. Discusión

Durante los últimos años la transición y los cambios demográficos y socioeconómicos en diferentes regiones del país están contribuyendo a la modificación de los patrones de salud y enfermedad.

Al realizar el análisis de la situación de las enfermedades no transmisibles con una identificación cultural, se debe tomar en cuenta la estrategia de la política SAFCI, orientada a mejorar la salud de la población, ya que el contenido y el impacto de los programas nacionales y departamentales orientados a la promoción y la prevención de las ENT, hasta la fecha no alcanzan los niveles esperados.

El modelo SAFCI, toma a la interculturalidad, como pilar para poder llegar a la población más vulnerable sin embargo esto se ven perjudicados por los apetitos personales y la politización de los cargos, por otro lado los médicos tradicionales en algunos casos no cumplen con las normas y su único interés es lucrar con la salud de la población.

Por su parte la seguridad social a corto plazo deja de lado a las ENT por considerarlos de mayor inversión y costo para tratar a estos pacientes aumentando así los niveles de discapacidad.

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda del 2012 el 69% de los bolivianos dicen no pertenecer a ninguno de los 36 pueblos indígenas reconocidos por la CPE, estos mismos resultados muestran, que existen más quechuas que aymaras en Bolivia (1.191.352 persona se identifican con la cultura aymara y 1.281.116 personas se identifican con la cultura quechua). No obstante este es un dato nacional, que a nivel local puede variar, de acuerdo a la región, es así que la población del Municipio de Coroico es fundamentalmente de origen aymara, representando más del 50%, además la

población al ser dinámica puede modificar su relación con la cultura de pertenencia.

8.3.9. Implicación de los resultados

Contar con bases metodológicas para mejorar las respuestas de prevención, atención y control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Mediante alianzas estratégicas con mayor compromiso y participación de la persona grupo y comunidad.

8.3.10. Audiencias interesadas en los resultados

- Autoridades sanitarias y funcionarios nacionales, departamentales y municipales
- Profesionales técnicos de salud de los distintos niveles del sistema nacional de salud.
- Sociedad civil en su conjunto
- Asesores técnicos de la OMS/ OPS
- Posgrado de la UMSA

8.3.11. Conclusiones

Conclusión en relación a las características sociodemográficas de la población urbana de Coroico.

Los datos obtenidos en la aplicación de la encuesta nos muestran una mayor participación de mujeres, con un nivel de escolaridad a nivel secundario con un trabajo independiente.

Conclusión en relación a la cultura con la que se identifican los habitantes de la localidad urbana de Coroico.

En el área urbana del municipio de Coroico, 9 de cada 10 habitantes se encuentran identificados con la cultura aymara, seguida con la cultura quechua y luego con las otras culturas.

Estos resultados permiten conocer la influencia de una estructura funcionalista sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad, donde interactúa el cuerpo (estructura orgánica) y el alma (ánimo o “ajayu”) como dimensiones opuestas pero a su vez complementarias.

En el área urbana del municipio de Coroico, la mayoría habitantes se auto identificados con la cultura aymara, la adquisición de las Enfermedades No Transmisibles se la atribuye a la mala alimentación, refiriendo poca relación de causa a los hábitos personales, a las fuerzas sobre naturales y a la herencia. Entre otras causas la preocupación y el stress influirían en la adquisición de enfermedades no transmisibles.

Conclusión en relación a la frecuencia de las Enfermedades No Transmisibles de acuerdo a su identificación cultural.

En la población urbana de Coroico la causa más frecuente de enfermar por una Enfermedad No Transmisible se la atribuye a la mala alimentación, refiriendo poca relación a los hábitos personales, a las fuerzas sobrenaturales y a la herencia. Entre las causas varias llama la atención un porcentaje considerable lo atribuye a la preocupación y al stress como causas en la adquisición de enfermedades no transmisibles.

La frecuencia de las enfermedades no transmisibles como la Hipertensión arterial, diabetes, enfermedades digestivas, obesidad, las enfermedades reumáticas, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer van tomando mayor

importancia en la localidad urbana de Coroico debido a la transculturación en la cultura aymara, lo que hace que se trabaje de manera conjunta para que las cifras obtenidas no vayan en aumento.

8.3.12. Recomendaciones

Comprender y fortalecer todas aquellas prácticas saludables de la población, sean hábitos, costumbres o el tipo de fe que profesen y practiquen.

En la Implementación de la política de salud SAFCI es buscar alianzas estratégicas para su aplicación en todos sus niveles (Alcaldías, educación, legal, policial, ONG, fundaciones, empresas privadas y públicas, industrias y otros) para hacer promoción de hábitos saludables y prevención de enfermedades no transmisibles.

Los procesos de transculturación en otras poblaciones influyen debido a la globalización y factores, que dependiendo de cada pueblo pueden ser diferentes. Empero no es igual el caso en la población de Coroico, pues la cultura aymara tiende siempre a mantener sus hábitos y costumbres, como se refleja en el poco consumo de alimentos no saludables (datos encuesta de prevalencia de las ENT en Coroico).

En cuanto al comportamiento cultural relacionado a las enfermedades no transmisibles, la mayoría de la población urbana de Coroico al pertenecer a la cultura aymara, tienden a mantener costumbres y cierta resistencia al cambio a lo que son expuestos por la presencia de alimentos elaborados y procesados; aunque ello llegaría a cambiar con el correr del tiempo de estadía y ante la mayor exposición del situaciones de cultura del consumo.

8.3.13. Referencia Bibliografía

1. OMS Organización Mundial de la Salud. Enfermedades No Transmisibles, World Health Organization. Junio 2018
2. Ministerio de Salud y Deportes OPS/OMS prevención y control de las Enfermedades No Transmisibles en atención primaria en salud Normativos N° 104 La Paz Bolivia 2008
3. España, Raúl: La interculturalidad en Bolivia en la práctica genera más exclusión y aislamiento; septiembre 2014-20:16. <https://erbol.com.bo>
4. Falicov, Jaes Cecilia “Migración: pérdida ambigua y rituales” Perspectivas Sistémicas N° 69 Nov. 2001
5. Margaret Mead “Cultura según el enfoque estructural funcionalista” Octubre 2012 (1953; citada por Espinoza y Pérez: 1994)
6. Fernández, Osco Marcelo.Yamila Gutierrez. Pluriversidad; Rostros de la interculturalidad. La Paz; COOPI, UMSA 2010 p,9
7. INE Instituto Nacional de Estadística, Bolivia CENSO 2012. <https://www.ine.gob.bo>
8. Organización Panamericana de la Salud. Análisis coyuntural de la mortalidad en Bolivia. Boletín Epidemiológico Vol.23 N° 2 Junio 2002; 23:1-5)
9. Ministerio de Salud y Deportes. Documento técnico – Normativo La Paz Bolivia. Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento Técnico 2013.Publicacion 304.
10. Almaguer Gonzalez JA, Vargas y García Art. Interculturalidad en salud (marco conceptual y operativo). Modelo para su implementación en los servicios de salud. Mexico,D.F.: Secretaria de salud; Enero 2005.

Disponible

http://www.189.28.128.100/dab/docs/geral/modelo_intercultural_09.pdf

11. Xavier, Albó. Alegre Luis: Interculturalidad y Salud “Centro de Investigación y promoción del Campesinado CIPCA La Paz, Bolivia, paginas inextensas
12. JA, Almaguer Jose Alejandro. “Modelo Intercultural para la Implantación en los Servicios de Salud” México 2000; tomo 2,pp575
13. Fernández, Osco Marcelo.Yamila Gutierrez. Pluriversidad; Rostros de la interculturalidad. La Paz; COOPI, UMSA 2010 p,9
14. Villares, María. Art. “Un puente hacia los pueblos originarios” 12- 2010 disponible en: <http://culturasdelatierra.blogspot.com/2010>
15. Art. Culturas de la tierra Noviembre 2010 disponible [blogspot.com/2010](http://culturasdelatierra.blogspot.com/2010) , paginas inextensas
16. Suarez, Mendoza Mario Antonio “La Cultura de los pueblos indígenas” Argentina, 2005
17. Chambi, Danilo. Gestión del Conocimiento: “Simposio sobre enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo” disponible www.sns.go.bo
18. SEDES La Paz Dirección nacional de promoción de la salud y control de las ENT 2014
19. OPS. Fortalecimiento del sistema de Vigilancia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Informe Final.(Internet). Quito Ecuador. OPS.20- 22 abril 2009. Citado 31 mar 2014 disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseasenses/es/

20. Chambi, Danilo. Gestión del Conocimiento: “Simposio sobre enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo” disponible www.sns.go.bo
21. Art. PROCOSI. Existe consenso respecto la amenaza que significa la epidemia de las Enfermedades No Transmisibles Octubre 2015
22. Branka, Legetic Asesor regional del Programa de ENT de la OPS. Comprender el cambio del modelo de atención para ENT. Colombia Marzo 2015
23. Escobar M. Cristina “Mitos sobre la prevención y el control de las ENT en América Latina Salud Publica Mex 2000.
24. OPS Organización Panamericana de la Salud 2014
25. Art. Salud Pública de México Vol. 42 N° 1 febrero 2000
26. Escobar M. Cristina “Mitos sobre la prevención y el control de las ENT en América Latina Salud Publica México 2000).
27. Duncan BB, Osvaldt AB, Serrate-Mengue S, Rumel D. Cardiovascular mortality is highest among less skilled workers in Sao Paulo, Brazil. Comunicación personal.
28. OMS 62^a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra Mayo 2009
29. VILLAR Aguirre Manuel Asesor Sub Comité de ENT de la OPS Lima Perú Marzo 2014
30. ALVARES Cuevas María “Factores determinantes salud Publica” Dic.2012
31. Ministerio de Salud y Deportes, Encuesta Nacional de Demografía y Salud.(ENDSA) Programa de Reforma de Salud. 2008

32. Artículo publicado en la revista Cuadernos de la UMSA, 2007. Vol. 52 N° 2, Prevalencia de factores de riesgo asociado a diabetes tipo 2 en población mayor de 20 años en servicios de salud de II y III nivel de complejidad del área urbana y rural en Bolivia 2007
33. Acha, Gloria. Estudio comparativo sobre consumo de alcohol, tabaco, cocaína y otras drogas en Bolivia. Acción Andina CELIN 2014)
34. Encuesta Mundial de profesionales en salud. Uso de tabaco en estudiantes de tercer año de medicina y enfermería en Bolivia CELIN Bolivia 2007.
35. Mancilla, Gonzalo OPS/ OMS- Bolivia. UNICEF Encuesta global de salud escolar 2012 disponible en: www.who.int/ncds/surveillance/gshs/Bolivia 2012–GSHS Bolivia 2012
36. OPS/OMS. SEDES - La Paz, Atención Primaria de salud Enfermedades cardiovasculares, Sociedad Boliviana de Cardiología, Bolivia 2007
37. Ministerio de Salud y Deportes, Encuesta Nacional de Demografía y Salud.(ENDSA) Programa de Reforma de Salud. 2008
38. Onofre Mamani, Luperio David, Medicina Tradicional Aymara- Perú, Revista de investigación Vol. 4, Junio 2013
39. OMS – UNICEF Encuesta global de salud escolar 2012
40. Mendoza, Santiago (1978) Salud y enfermedad en la cultura aymara Puno: Instituto de Estudios Aymaras, Boletín N° 02
41. Colegio profesional de Antropólogos del Perú Ley 24166” Medicina tradicional Aymara” 2004

42. Greifeld, Katarina (2004), Concepto de la Antropología médica: Síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos, Medellín: Boletín de antropología, año/ vol. 18, numero 136. Universidad de Antioquia.
43. Mamani Brindis y Santiago Mendoza (1981) Conceptos de los aymaras sobre las enfermedades y sus causas. Puno: Instituto de Estudios Aymaras). Boletín N° 08, paginas inextensas.
44. Irarrazabal, Diego (1983) Medicina campesina: sabiduría y eficacia. Instituto de Estudios Aymaras, Puno Perú 1983, Boletín N° 15.
45. Enríquez, Saberes y Practicas de la Cultura Andina , 2005:139-140
46. Antropología del cuerpo y modernidad, LE BRETON David: Ed. Nueva Visión Buenos Aires 1990:13, 14
47. Chambi, Néstor y otros, Así no más nos curamos La medicina en los Andes. Editorial Proyecto Andino de Tecnologías Campesinas, Lima 1998.
48. Cáceres Efraín Encuentros y desencuentros de dioses y curanderos. Instituto de Estudios Aymaras Puno 1990 Boletín N° 35
49. Loza, Carmen Beatriz: El laberinto de la curación, itinerarios terapéuticos en las ciudades de La Paz y El Alto, 2009 (p.378-380)
50. Art. OPS/OMS “ 70% de las muertes serán por ENT en 2020. La Paz 18/07/2010 – 21:53:16
51. Fondo Nacional De Desarrollo Alternativo ARGOS, srl. Plan de Desarrollo Municipal de Coroico , 2010

8.3.14. Anexos





ENCUESTAS

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS,
POSTGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Encuesta sobre prevalencia de enfermedades no transmisibles y sus factores condicionantes con un enfoque de género e interculturalidad en los municipios urbanos de La Paz y El Alto, 2014



NÚMERO DE ENCUESTA / CÓDIGO:

Nº 001466

NOMBRE DEL ENCUESTADOR: _____

Hora de Inicio: HORA MIN.

Lugar y Fecha de la encuesta: _____ de _____ de 20____

Hora de Final: _____

INFORMACIÓN PARA EL ENTREVISTADO:

Buenos días, Mi nombre es _____ Quiero informarle que la UMSA está realizando una investigación en la ciudades de La Paz y El Alto, sobre enfermedades no transmisibles y sus posibles causas. Los resultados de esta investigación ayudaran a mejorar la información sobre estas enfermedades y también los servicios de salud. Su participación es muy importante para la investigación por lo cual le solicitamos cordialmente su colaboración para el llenado de la presente encuesta. Asimismo le informamos, que la investigación incluye realizar a todos los participantes en el momento de la encuesta la toma de peso, talla, medición de la cintura y cadera, la presión arterial y medición de azúcar de una muestra de sangre capilar de uno de sus dedos. Por otra parte, en un establecimiento de salud se les realizaran exámenes de laboratorio para determinar los niveles de la glucosa, de colesterol y triglicéridos en la sangre de forma gratuita.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (leer en voz alta y con claridad).

Esta es una encuesta confidencial, anónima y su participación es voluntaria. Con base en la información anterior, queremos saber si comprendió la explicación o si requiere información adicional. Usted puede decidir no responder a cualquiera de las preguntas de la encuesta y también puede decidir no seguir participando en la encuesta en cualquier momento.

¿Acepta participar en la encuesta? SI NO (En el caso que la respuesta sea NO, agradecer y retirarse)

INSTRUCCIONES GENERALES

Por favor use un marcador legible.
Es posible marcar más de una opción en alguna de las preguntas.
Lea la pregunta en voz clara y alta al entrevistado, y según la respuesta, marque la opción adecuada.

DOMICILIO:

Barrio/Zona: _____ Calle: _____ No.: _____
Edificio: _____ Departamento: _____
Teléfono: _____ Macrodistrito: _____ Distrito: _____
Ciudad: LA PAZ EL ALTO
Sexo: FEMENINO MASCULINO EDAD: _____ Años cumplidos

I. DETERMINANTES AMBIENTALES (SOCIOECONÓMICOS)

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
1	Estado Civil	1. <input type="checkbox"/> Soltero/a 2. <input type="checkbox"/> Casado/a 3. <input type="checkbox"/> Concubino/a 4. <input type="checkbox"/> Divorciado/a 5. <input type="checkbox"/> Viudo/a
2	Nivel de instrucción (marcar solo si terminó)	1. <input type="checkbox"/> Primaria 2. <input type="checkbox"/> Secundaria 3. <input type="checkbox"/> Técnico 4. <input type="checkbox"/> Universidad (licenciatura) 5. <input type="checkbox"/> Postgrado 6. <input type="checkbox"/> Ninguno

II. DETERMINANTES BIOLÓGICOS

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
13	¿Algún médico, le diagnosticó alguna de las siguientes enfermedades? (Leer opciones)	1. <input type="checkbox"/> Cáncer 2. <input type="checkbox"/> Diabetes 3. <input type="checkbox"/> Obesidad 4. <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial 5. <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular 6. <input type="checkbox"/> Enfermedad reumática u osteoarticular 7. <input type="checkbox"/> Enfermedad digestiva crónica (colon irritable, úlcera gástrica) 8. <input type="checkbox"/> Otro trastorno crónico ¿Cuál?..... 9. <input type="checkbox"/> Ninguno (Si la respuesta es ninguno pase a la pregunta 16)
14	¿Toma o tomó usted medicamentos recetados por un médico para alguna de estas enfermedades?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
15	¿Qué medicamentos toma actualmente, para estas enfermedades?	1. <input type="checkbox"/> ¿Cuál?..... 2. <input type="checkbox"/> No sabe 3. <input type="checkbox"/> No recuerda
16	¿A alguno de sus familiares, le diagnosticó un médico, alguna de las siguientes enfermedades?	1. <input type="checkbox"/> Cáncer 2. <input type="checkbox"/> Diabetes 3. <input type="checkbox"/> Obesidad 4. <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial 5. <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiovascular 6. <input type="checkbox"/> Enfermedad reumática u osteoarticular 7. <input type="checkbox"/> Enfermedad digestiva crónica (colon irritable, úlcera gástrica) 8. <input type="checkbox"/> Otro trastorno crónico ¿Cuál?..... 9. <input type="checkbox"/> Ninguno
17	¿Algún familiar toma o tomó algún medicamento recetado por un médico, para alguna de esas enfermedades?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO

III. DETERMINANTES DE ESTILOS DE VIDA

HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

No.	PREGUNTA	RACIONES	FRECUENCIA			
			b)	c)	d)	e)
18	¿Con que frecuencia consume los siguientes alimentos?	a) Número de porciones en medida casera (unidad, vaso, taza, plato) ANOTAR SOLO EL NÚMERO	DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	RARA VEZ (menos de una vez por mes)
18.1	Leche, yogurt					
18.2	Huevo					
18.3	Pescado					
18.4	Cerdo, cordero o menudencias.					
18.5	Carne de vaca					
18.6	Frutas					
18.7	Verduras crudas					
18.8	Cereales integrales					
18.9	Pan u otros de pastelería					
18.10	Agua					
18.11	Gaseosas					
18.12	Comidas Rápidas					
18.13	Desayuna (7am a 9am)					
18.14	Algún suplemento alimentario (calcio, magnesio, zinc, vitaminas, hierro, otros)					

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
19	¿Después de servido su plato, se aumenta sal en la comida?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
20	¿Consumo algún sustituto de la sal?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
21	¿Cuántas horas duerme en la noche?horas
22	Con respecto a su peso, usted se considera....(leer las opciones)	1. <input type="checkbox"/> Delgado 2. <input type="checkbox"/> Normal 3. <input type="checkbox"/> Con Sobrepeso 4. <input type="checkbox"/> Obeso

No.	PREGUNTAS SOLO PARA MUJERES	CÓDIGO Y RESPUESTA
23	¿Ha usado anticonceptivos hormonales (pildoras, inyecciones, implantes)	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
24	¿Por cuánto tiempo usó?	1. <input type="checkbox"/> Semanas 2. <input type="checkbox"/> Meses 3. <input type="checkbox"/> Años

CONSUMO DE SAL YODADA

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
25	¿El recipiente en que conserva la sal, está cerrado?	1. <input type="checkbox"/> Siempre 2. <input type="checkbox"/> A veces 3. <input type="checkbox"/> Nunca
26	¿En qué lugar almacena la sal? (leer las opciones y verificar)	1. <input type="checkbox"/> Cerca de la hornilla 2. <input type="checkbox"/> Cerca de la ventana (Expuesta al sol) 3. <input type="checkbox"/> En un lugar fresco y seco 4. <input type="checkbox"/> Otro..... Especificar
27	¿Sabe si la sal que consume en su casa es yodada? (verificar y hacer la prueba de yodo en sal)	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> No sabe 4. <input type="checkbox"/> No responde

No.	MEDIR YODO EN LA SAL	RESULTADO
28	(Sobre la parte inferior de una hoja blanca coloque una cucharilla de sal, sobre la misma exprima unas gotas de limón. Doble la hoja a la mitad presione, y espere un momento. Retire la sal: si se tiñe la hoja de color violeta es que contiene yodo; pero si no tiñe de ningún color no contiene yodo) Marca de sal yodada verificar.....	1. <input type="checkbox"/> Positivo 2. <input type="checkbox"/> Negativo

CONSUMO DE COCA

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
29	¿Consume usted algún producto de coca?	1. <input type="checkbox"/> Si. 2. <input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente sección)
30	¿Con que frecuencia consume productos de coca?	1. <input type="checkbox"/> Cada día 2. <input type="checkbox"/> Semanalmente 3. <input type="checkbox"/> Ocasionalmente
31	¿En qué forma consume la coca?	1. <input type="checkbox"/> Masticar (acullico) 2. <input type="checkbox"/> Mate en bolsitas (trimate) 3. <input type="checkbox"/> Mate de hojas 4. <input type="checkbox"/> Jarabe 5. <input type="checkbox"/> Otros.....
32	¿Aproximadamente, hace cuánto tiempo consume algún producto de coca?	1. <input type="checkbox"/>Años 2. <input type="checkbox"/>Meses 3. <input type="checkbox"/>Semanas

ACTIVIDAD FÍSICA Y SEDENTARISMO

En estas preguntas, las "actividades físicas intensas" se refieren a aquéllas que implican un esfuerzo físico importante y que causan una gran aceleración de la respiración y del ritmo cardíaco. las "actividades físicas moderadas" son aquéllas que implican un esfuerzo físico moderado y causan una ligera aceleración de la respiración y del ritmo cardíaco.		a) En el trabajo	b) Para desplazarse (caminar o bicicleta)	c) En el tiempo libre
33	¿Realiza una actividad física intensa durante al menos 10 minutos consecutivos?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> No
34	¿En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas?	<input type="text"/> Días	<input type="text"/> Días	<input type="text"/> Días
35	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	1. <input type="text"/> Horas 2. <input type="text"/> Minutos	1. <input type="text"/> Horas 2. <input type="text"/> Minutos	1. <input type="text"/> Horas 2. <input type="text"/> Minutos
36	¿Realiza una actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa o transportar pesos ligeros durante al menos 10 minutos consecutivos?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> No	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> No
37	¿En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada?	<input type="text"/> Días	<input type="text"/> Días	<input type="text"/> Días
38	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	1. <input type="text"/> Horas 2. <input type="text"/> Minutos	1. <input type="text"/> Horas 2. <input type="text"/> Minutos	1. <input type="text"/> Horas 2. <input type="text"/> Minutos
39	¿Cuándo tiempo suele pasar sentado o recostado, Exceptuando las horas de sueño, en un día típico?		1. <input type="text"/> Horas 2. <input type="text"/> Minutos	

CONSUMO DE TABACO

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
40	¿Fuma Usted actualmente algún producto de tabaco como cigarrillos, puro o pipa?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No (pase a la pregunta 46)
41	¿Cuántos cigarrillos en promedio fuma usted en un día?	Numero de cigarrillos <input type="text"/>
42	¿Qué edad tenía Usted cuando empezó a fumar?	1. <input type="checkbox"/> Edad (en años) 2. <input type="checkbox"/> No recuerda
43	¿Usted, fuma inmediatamente después de levantarse en la mañana?	1. <input type="checkbox"/> No, no me dan ganas de fumar 2. <input type="checkbox"/> Sí, algunas veces 3. <input type="checkbox"/> Sí, siempre
44	¿Recibe algún tratamiento para dejar de fumar?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO (pase a la siguiente sección)
45	¿Qué tratamiento recibe?	1. <input type="checkbox"/> Medicina Tradicional 2. <input type="checkbox"/> Medicamentos 3. <input type="checkbox"/> Terapia psicológica 4. <input type="checkbox"/> Otros.....
46	¿Usted fumaba?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No (pase a la pregunta 48)
47	¿Hace cuánto tiempo dejó Usted de fumar? (Registre solo en una de las casillas)	1. <input type="checkbox"/> Años 2. <input type="checkbox"/> Meses 3. <input type="checkbox"/> Semanas 4. <input type="checkbox"/> No recuerda
48	Durante los últimos 12 meses, ¿Usted ha estado regularmente (al menos una vez por semana) expuesto al humo del tabaco de fumadores, por lo menos 5 minutos seguidos?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
49	¿Sabe usted, que respirar el humo de los cigarrillos de otras personas o ser fumador puede causarse problemas de salud?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO

CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
50	¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	1. <input type="checkbox"/>veces al mes 2. <input type="checkbox"/>veces a la semana 3. <input type="checkbox"/> Todos los días 4. <input type="checkbox"/> Nunca (pase a la siguiente sección)
51	En una ocasión que está usted bebiendo, ¿Cuántos vasos de bebidas alcohólicas toma durante ese día?	Número de vasos <input type="text"/>
52	¿Con qué frecuencia toma 6 o más vasos en una ocasión?	1. <input type="checkbox"/> Nunca 2. <input type="checkbox"/> Cada 2 o más meses 3. <input type="checkbox"/> Mensualmente 4. <input type="checkbox"/> Semanalmente 5. <input type="checkbox"/> A diario o casi a diario
53	¿Usted ha tenido algún problema, éste año, por su forma de beber? (puede marcar varias opciones)	1. <input type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> Familiar 3. <input type="checkbox"/> Vecinal 4. <input type="checkbox"/> Laboral 5. <input type="checkbox"/> Con los estudios 6. <input type="checkbox"/> Legal o policial 7. <input type="checkbox"/> De tránsito 8. <input type="checkbox"/> Otros
54	¿Recibe algún tratamiento o ayuda para controlar este hábito?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
55	¿Qué tratamiento recibe?	1. <input type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> Medicina Tradicional 3. <input type="checkbox"/> Medicamentos 4. <input type="checkbox"/> Terapia Psicológica

COLESTEROL

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
56	¿Qué tipo de aceite o grasa utiliza regularmente para cocinar?	1. <input type="checkbox"/> Aceite vegetal o margarina 2. <input type="checkbox"/> Manteca de cerdo, sebo o mantequilla 3. <input type="checkbox"/> Todas 4. <input type="checkbox"/> Ninguno 5. <input type="checkbox"/> No sabe / No responde
57	¿Alguna vez le han hecho un examen de colesterol y/o triglicéridos en sangre?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> No sabe
58	¿En los últimos 12 meses, le dijo un médico u otro personal de salud que tiene usted el colesterol y/o triglicéridos elevados?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
59	¿Qué tipo de tratamiento ha recibido para el colesterol y/o triglicéridos elevado?	1. <input type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> Tradicional 3. <input type="checkbox"/> Medicamentos 4. <input type="checkbox"/> Dieta
60	¿Qué medicamentos recibe?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> No sabe

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y OTRAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
61	¿Algún familiar consanguíneo tiene o tenía presión alta (arterial) ? (Padres, abuelos, hijos)	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> No sabe
62	¿Algún personal de salud le ha dicho que tiene usted presión alta?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No (pase a la 62)
63	¿Se hace controlar la presión arterial, por lo menos 1 vez al mes?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
64	¿Alguno de sus familiares consanguíneos, en la juventud (menor de 40 años), tuvo un infarto cardiaco (ataque al corazón)?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> No sabe
65	¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado un infarto cardiaco (ataque al corazón) o angina de pecho?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No
66	¿Recibe algún tratamiento para la presión alta o para el corazón?	1. <input type="checkbox"/> Ninguno (pase a la siguiente sección) 2. <input type="checkbox"/> Tradicional 3. <input type="checkbox"/> Medicamentos 4. <input type="checkbox"/> Ambos
67	¿Qué tratamiento médico recibe?	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> No sabe
68	¿Qué tratamiento tradicional recibe?

DIABETES

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
69	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro personal de salud que usted tiene diabetes?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No (pase a la 73)
70	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron diabetes?	1. <input type="checkbox"/> Años..... 2. <input type="checkbox"/> Meses..... 3. <input type="checkbox"/> Semanas.....
71	¿Recibe algún tratamiento para controlar la diabetes? (puede marcar varias opciones)	1. <input type="checkbox"/> Ninguno (pase a la siguiente sección) 2. <input type="checkbox"/> Tradicional 3. <input type="checkbox"/> Medicamentos 4. <input type="checkbox"/> ambos
72	¿Qué tratamiento médico recibe para la diabetes?	1. <input type="checkbox"/> Dieta y ejercicios 2. <input type="checkbox"/> Insulina 3. <input type="checkbox"/> Hipoglicemiantes orales 4. <input type="checkbox"/> Otro..... 5. <input type="checkbox"/> No sabe
73	¿Le han encontrado algunos valores altos de azúcar en la sangre (Ej.: en un control médico, durante una enfermedad, durante el embarazo)?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No 3. <input type="checkbox"/> No recuerda 4. <input type="checkbox"/> No sabe

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
74	¿Se le ha diagnosticado diabetes a alguno de sus familiares consanguíneos?	1. <input type="checkbox"/> No 2. <input type="checkbox"/> Si (2do grado, abuelos, tío, primos) 3. <input type="checkbox"/> Si (1er grado, padre, hermano, hijo)

ENFERMEDADES REUMATICAS

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
75	¿Alguno de sus familiares consanguíneos tuvo o tiene reumatismo? (artritis reumatoidea)	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO 3. <input type="checkbox"/> No sabe
76	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro personal de salud que usted tiene artritis reumática, reumatismo?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
77	¿Alguna vez le ha dicho un médico u otro personal de salud que usted tiene artrosis?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
78	¿Presenta dificultad para mover los dedos de sus manos por las mañanas, durante las últimas 6 semanas?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO
79	¿Presento dolor articular o imposibilidad de mover las articulaciones durante las últimas 6 semanas?	1. <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO (pase a la siguiente sección)
80	¿Toma algún tratamiento para controlar este problema?	1. <input type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> Tradicional 3. <input type="checkbox"/> Farmacológico 4. <input type="checkbox"/> Ambos
81	¿Qué tipo de tratamiento médico?	1. <input type="checkbox"/> Si cual 2. <input type="checkbox"/> No recuerda 3. <input type="checkbox"/> No sabe
82	¿Qué tipo de tratamiento tradicional?	1. <input type="checkbox"/> Cual 2. <input type="checkbox"/> No recuerda 3. <input type="checkbox"/> No sabe

CÁNCER

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
83	SOLO PARA MUJERES ¿Cuándo se realizó un examen de cuello de útero (Papanicolaou o IVAA) por última vez?	1. <input type="checkbox"/> Hace semana (s) 2. <input type="checkbox"/> Hace.....mes(es) 3. <input type="checkbox"/> Hace año(s) 4. <input type="checkbox"/> No sabe/ No recuerda 5. <input type="checkbox"/> Nunca
84	¿CON QUÉ RESULTADO?	1. <input type="checkbox"/> Negativo (sin lesiones) 2. <input type="checkbox"/> Positivo (lesión Pre-cancerosa o cáncer) 3. <input type="checkbox"/> No le dieron el resultado 4. <input type="checkbox"/> No recuerda
85	SOLO PARA VARONES (de 55 a 69 años) ¿Cuándo se realizó un examen de próstata por última vez?	1. <input type="checkbox"/> Hace semana (s) 2. <input type="checkbox"/> Hace.....mes(es) 3. <input type="checkbox"/> Hace año(s) 4. <input type="checkbox"/> No sabe/ No recuerda 5. <input type="checkbox"/> Nunca
86	¿CON QUÉ RESULTADO?	1. <input type="checkbox"/> Negativo (sin lesiones) 2. <input type="checkbox"/> Positivo (lesión Pre-cancerosa o cáncer) 3. <input type="checkbox"/> No le dieron el resultado 4. <input type="checkbox"/> No recuerda
87	¿Le realizaron algún otro examen para detección de Cáncer?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente sección)
88	¿Qué tipo de cáncer?	1. <input type="checkbox"/> De cervix 2. <input type="checkbox"/> Mama 3. <input type="checkbox"/> Piel 4. <input type="checkbox"/> Próstata 5. <input type="checkbox"/> Cólón 6. <input type="checkbox"/> Digestivo 7. <input type="checkbox"/> Otro..... 90 especifique

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
89	¿Cuándo le realizaron ese examen para detectar cáncer?	1. <input type="checkbox"/> Hace semana (s) 2. <input type="checkbox"/> Hacemes(es) 3. <input type="checkbox"/> Haceaño(s) 4. <input type="checkbox"/> No recuerda
90	¿Con qué resultado?	1. <input type="checkbox"/> Negativo (sin lesiones) 2. <input type="checkbox"/> Positivo (lesión Pre-cancerosa o cáncer) 3. <input type="checkbox"/> No le dieron el resultado 4. <input type="checkbox"/> No recuerda
91	¿Recibe o recibió algún tratamiento para controlar el Cáncer?	1. <input type="checkbox"/> Ninguno 2. <input type="checkbox"/> Tradicional 3. <input type="checkbox"/> Médico occidental 4. <input type="checkbox"/> Ambos
92	¿Qué tipo de tratamiento médico?	1. <input type="checkbox"/> Quimioterapia 2. <input type="checkbox"/> Radioterapia 3. <input type="checkbox"/> Cirugía 4. <input type="checkbox"/> Otro. Especifique.....
93	¿Qué tipo de tratamiento tradicional?

VIOLENCIA

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
94	¿Sufrió los últimos 12 meses, algún tipo de daño o lesión, (agresión) ocasionado por alguna persona?	1. <input type="checkbox"/> Si 2. <input type="checkbox"/> No(pase a la siguiente sección) 3. <input type="checkbox"/> No responde (pase a la siguiente sección)
95	¿Qué tipo de daño (agresión)?	1. <input type="checkbox"/> Físico 2. <input type="checkbox"/> Psicológica o emocional 3. <input type="checkbox"/> Laboral 4. <input type="checkbox"/> Económico 5. <input type="checkbox"/> Sexual
96	¿De quién recibió este tipo de maltrato?	1. <input type="checkbox"/> Esposo/a o conviviente 2. <input type="checkbox"/> Otro familiar cercano 3. <input type="checkbox"/> Jefe o compañero de trabajo 4. <input type="checkbox"/> Extraño 5. <input type="checkbox"/> Otros 6. <input type="checkbox"/> No responde
97	¿Dónde estaba cuando sufrió ese maltrato?	1. <input type="checkbox"/> Hogar 2. <input type="checkbox"/> Trabajo 3. <input type="checkbox"/> Calle 4. <input type="checkbox"/> Acontecimientos sociales 5. <input type="checkbox"/> Otro

DISCAPACIDAD

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
98	¿Sufre usted, algún tipo de discapacidad?	1. <input type="checkbox"/> Física 2. <input type="checkbox"/> Intelectual 3. <input type="checkbox"/> Sensorial (si usa lentes o audífonos) 4. <input type="checkbox"/> Ninguna (pase a la siguiente sección)
99	¿Cuál es la causa de su discapacidad?	1. <input type="checkbox"/> Accidente 2. <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica 3. <input type="checkbox"/> Nacimiento 4. <input type="checkbox"/> Otro 5. <input type="checkbox"/> No sabe
100	¿En los últimos 30 días, cuanta dificultad ha tenido para: Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	1. <input type="checkbox"/> Ninguna 2. <input type="checkbox"/> Leve 3. <input type="checkbox"/> Moderada 4. <input type="checkbox"/> Severa 5. <input type="checkbox"/> Extrema
101	¿En los últimos 30 días, cuanta dificultad ha tenido para: Ponerse de pie cuando estaba sentado?	1. <input type="checkbox"/> Ninguna 2. <input type="checkbox"/> Leve 3. <input type="checkbox"/> Moderada 4. <input type="checkbox"/> Severa 5. <input type="checkbox"/> Extrema
102	¿En los últimos 30 días, cuanta dificultad ha tenido para: Moverse dentro de su casa?	1. <input type="checkbox"/> Ninguna 2. <input type="checkbox"/> Leve 3. <input type="checkbox"/> Moderada 4. <input type="checkbox"/> Severa 5. <input type="checkbox"/> Extrema

No.	PREGUNTA	CÓDIGO Y RESPUESTA
115	¿En términos generales, como califica la atención que recibe en el Establecimiento de Salud?	1. <input type="radio"/> Muy Buena 2. <input type="radio"/> Buena 3. <input type="radio"/> Regular 4. <input type="radio"/> Mala 5. <input type="radio"/> Muy mala
116	¿Ud. recomendaría ese Establecimiento de Salud a otra persona para su atención en salud?	1. <input type="radio"/> Si 2. <input type="radio"/> No
117	¿Cuándo fue la última vez que consultó en un Servicio de salud?	1. <input type="radio"/>años 2. <input type="radio"/>meses 3. <input type="radio"/>semanas 4. <input type="radio"/>días 5. <input type="radio"/> Nunca 6. <input type="radio"/> No recuerda
118	¿La última vez que tuvo un evento de salud agudo (accidente, enfermedad o molestia inesperada, etc.) , donde busco atención?	1. <input type="radio"/> Centro de salud publico 2. <input type="radio"/> Hospital público 3. <input type="radio"/> Seguridad social 4. <input type="radio"/> Consultorio Privado 5. <input type="radio"/> Clínica Privada 6. <input type="radio"/> ONG 7. <input type="radio"/> Medicina tradicional 8. <input type="radio"/> Farmacia 9. <input type="radio"/> Tomo remedios caseros 10. <input type="radio"/> Ninguna
119	¿En términos generales, Ud. siente que le resolvieron el problema que fue motivo de la búsqueda de atención?	1. <input type="radio"/> Si 2. <input type="radio"/> NO 3. <input type="radio"/> Parcialmente
120	¿En términos generales, como califica la atención que recibió, esa vez, en el Establecimiento de Salud?	1. <input type="radio"/> Muy Buena 2. <input type="radio"/> Buena 3. <input type="radio"/> Regular 4. <input type="radio"/> Mala 5. <input type="radio"/> Muy mala

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, PRESIÓN ARTERIAL Y GLICEMIA CAPILAR

No.	MEDIDAS	OPCIONES
121	Peso Actual en gramos grs.
122	Talla actual en cm cm.
123	Perímetro abdominal en cm cm.
124	Perímetro de cadera en cm cm.
125	Para las mujeres: ¿está usted embarazada?	1. <input type="radio"/> Si 2. <input type="radio"/> No
126	Primera medición de LA PRESIÓN ARTERIAL (tomar al empezar la encuesta) NORMAL (<120 Y < 80) PRE HIPERTENSION (120 -139 Y 80 - 89) HTA ESTADÍO 1 (140 - 159 Y 90 - 99) HTDA ESTADÍO 2 (160 Y 100) /..... mm Hg.
127	Segunda medición de la PRESIÓN ARTERIAL (tomar al finalizar la encuesta) NORMAL (<120 Y < 80) PRE HIPERTENSION (120-139 Y 80- 89) HTA ESTADÍO 1 (140-159 Y 90-99) HTDA ESTADÍO 2 (160 Y 100) /..... mm Hg.
128	GLUCOSA CAPILAR Con glucómetro VALORES NORMALES 70 -105 mg/dl VALORES IDEALES 70 -100 mg /dl	En ayunas.....mg/dl Sin ayunas.....mg/dl

INSTRUCCIONES:

92

Agradecer al encuestado por su colaboración y explicarle que debe acudir mañana al Laboratorio para hacerse exámenes gratuitos de glucosa y colesterol en sangre.



**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES,
POSTGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA**

Encuesta sobre prevalencia de enfermedades no transmisibles y sus factores condicionantes con un enfoque de género e interculturalidad en los municipios urbanos de La Paz y El Alto, 2014



NÚMERO DE ENCUESTA / CÓDIGO:

Nº 001466

Nombre: _____

Barrio/Zona: _____ Calle: _____ No.: _____

Teléfono: _____ Macrodistrito: _____ Distrito: _____

Ciudad: LA PAZ EL ALTO

Sexo: FEMENINO MASCULINO

EDAD: _____ Años cumplidos

*Datos a ser llenado por el (la) encuestador(a)

**SOLICITUD DE EXÁMENES DE LABORATORIO
EL EXAMEN ES TOTALMENE GRATUITO.
SE LE ENTREGARA LOS RESULTADOS.**

REALIZAREMOS PARA SU CONTROL LAS SUGIENTES PRUEBAS DE LABORATORIO

Glucemia	Valores normales 70 -105 mg/dl	Valores ideales 70 -100 mg /dl
Colesterol total en mg/dl	Menos de 200 mg/dl	
HDL en mg/dl	V= 30-70	M=30-85 Valor ideal > 40 mg/dl > 50 mg/dl
LDL en mg/dl:	Riesgo bajo 1,29 mg/dl Riesgo moderado a elevado 1,30 a 1.09 mg/dl Riesgo muy elevado > 1,9 mg/dl	
Trigliceridos en mg/dl.	30-150 mg/dl	
Glicohemoglobina en ml	Normal 5,7 a 6,4	

POR FAVOR, CON ESTA PAPELETA RECURRA A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN PARA REALIZAR SUS EXÁMENES.

Nombre del laboratorio La Paz: Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo- IINSAD- UMSA

Dirección del laboratorio: Claudio Sanjinés S/N, Complejo Hospital Miraflores, Edificio IBBA

Horario de atención: 9:00 a 13:00

Nombre del laboratorio El Alto: Clínica CIES

Dirección del laboratorio: Calle Luis Torres Nº 388 (Zona 16 de Julio) y Av. 6 de Marzo esq. C. 5 (La Ceja)

Horario de atención: 9:00 a 13:00

INSTRUCCIONES: POR FAVOR ACUDIR AL EXAMEN EN AYUNAS (NO COMER NI BEBER 8 HORAS ANTES)